

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 055593

ND: 35557

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9267(9267) Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : BAKAID SAID

Date de naissance : 01-01-1962

Adresse : JAMILA 5 RUE 164 N° 69 CD

CASA

Tél. : 0666034548 Total des frais engagés : 3100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:.....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)																				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
--	---

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-147368	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-147368

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 09267
Nom & Prénom BAKAID SAID		
Fonction :	Phones 0666034548	
Mail Saidbakaid@gmail.com		
MEDECIN	Prénom du patient Bakaid ANA S	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 15-7-20
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	CS+FO 350	
PHARMACIE		Date
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 23/07/2020
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV		
Indicateur optique		2800,-
Verres optiques		
organiq. AR 460		

Professeur Oualae Bencheikh
 Opticien Expert
 Rés. du Parc du S. André
 Tél. 062 36 37 08
 Urgence 062 55 19 36

EL FAKIR OPTICIEN
 Opticien Expert
 10 mile 5 rue 3/4/2 C.D. Casablanca
 Tél.: 0522 375 375 / 0522 291 548

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشكرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية

الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب وجراحة العيون

جراحة الشبكية

تخطيط أوعية الشبكية - الاليزر

عدسات الإنصال

Casablanca, le 15.07.20

الدار البيضاء في

Bakaid Anass

Vue VL

01) = +3 (-4,25; 180°)

06) = 2,50 (-3; 180)

EL FAKIR OPTICIEN
VISION EXPERT
Opticien Optométriste
Jamila 5 Rue 37 N°12 D - Casablanca
Tél.: 0522 37 53 35 / 0522 29 15 88

Professeur Ouafae Bencheckroun
Ophtalmologiste
Rés du Palais Bd. Ghandi
Tél./Fax 022 36 37 08
Urgence 062 55 19 36

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N° 12 - Casablanca.

Fax et Tél.: 05 22 36 37 08 - Urgence ; 06 62 55 19 36

VISION



EXPERT

Lunetterie-optométrie-lentille de contact

Facture N° : 175/2020

Client(e) : BAKAID A NASS

Casablanca : 23/07/2020

EL FAKIR OPTICIEN
VISION EXPERT
 Opticien Optométriste
 Jamila 5 Rue 37/38 C.D. Casablanca
 Tel.: 0522 375 375 / 0522 291 588

DESIGNATION	QUANTITES	MONTANTS UNITAIRES TTC (DHS)	TOTAL TTC (DHS)
monture optique	01	800,00	800,00
Verser optique organique au laser Ø 65	02	1000,00	2000,00
TOTAL TTC			2800,00

Arrêter la présente facture à la somme de : Deux mille huit cents

Mode de paiement espèce

ICE : 000941540000083 - RC : 377318 - PATENTE : 37411673 - IF : 40016438

Le code INPE : 095003471

020 + 3 (-4,25 x 180
 060 + 2,5 (-3 x 180

EL FAKIR OPTICIEN
VISION EXPERT
 Opticien Optométriste
 Jamila 5 Rue 37/38 C.D. Casablanca
 Tel.: 0522 375 375 / 0522 291 588

095003471