

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

Conditions 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.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Diagnostique 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.

Optique :

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

Rééducation :

- 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.

Maladie chronique :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 048959

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5582 Société : 46040

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUARDI MOHAMED

Date de naissance : 30-01-1956

Adresse : Lot hay Fath N°630 ouffa, casp

Tél. : 0623 18 98 03

Tél. : 0610 36 76 87 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/10/2020

Nom et prénom du malade : EL OUARDI MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : Diabète

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.

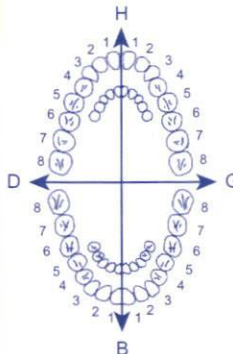
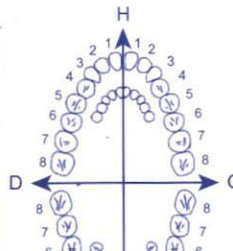
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Debut d'Execution <input type="text"/>
				Fin d'Execution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div></div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			Montants des Soins <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5582 e-mail : m.d.ouardi305@gmail.com Phones : 0670367627
Nom et Prénom de l'adhérent : EL OUARDI Mohamed 0623189803
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Ehouna
Nécessite une consultation orthopédique et chirurgie orthopédique
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Dors + Ph +
⇒ Traitements + consultation orthopédique
+ chirurgie orthopédique

Cachet, date et signature du praticien

.....

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Docteur Karim EZAIDI

Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste



الدكتور كريم الزايدي

أخصائي في جراحة العظام و المفاصل

Lot. 1287408

P.P.V : 150.00

Exp. 04 2022

P10002677

Ordonnance

Casablanca, le : 20/10/2020

Ethouard h Motl...

150,00

1/10/2020

99,00 1/10/2020

21/01/2021

LOT 191336
EXP 04/2022
PPV 99.00DH

249,00

PHARMACIE ANNASSIM
Lot Habiba 19922 Casablanca
CASA BLANCA - Tel: 05 22 90 39 12
INPE: 091216432
ICE: 002042097000024

Docteur Karim EZAIDI
Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste
Bd. HH24 - Lot Moulay Thami, N° 141, rond point Georges
1er étage, App. 5, El Oulfa - CASABLANCA
Tel: 05 22 90 90 93 - INPE: 0912 16432

Angle Bd. Oum Rabi'aa et Bd. Zoubir du Bd. HH24 - Lot Moulay Thami, N° 141, rond point Georges

1er étage, App. 5, El Oulfa - CASABLANCA

Fixe : 05 22 90 90 93 - GSM : 06 49 49 49 42 - E-mail : dr.ezaidi@gmail.com - INPE : 091216432

FACTURE

N° de FACTURE	Date
FA202852	04/11/20
Mode de Règlement	

ELOUARDI MOHAMED

N° ICE :

Référence	Désignation	Qté	P.U. T.T.C	TVA	R%	Montant TTC
9694	SEMELLE ORTHOPEDIQUE	1,00	500,00	20		500,00

Base TVA	Taux	MontantTVA
416,67	20,00%	83,33

Total HT	:	416,67
Montant TVA	:	83,33
Total TTC	:	500,00

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

Cinq cents Dirhams

Page 1

SONBOMED SARL
40, Rue des Hôpitaux
(Ex. Docteur Braun) - Qu. des Hôpitaux
20100 - Casablanca
Tél : 05 22 22 20 31 - Fax : 05 22 47 43 03

Docteur Karim EZAIDI

Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste



الدكتور كريم الزايدى

أخصائي في جراحة العظام و المفاصل

Ordonnance

Casablanca, le 20/10/2020

El ouassini Mohamed.

1/ Small orthopedic

for pain relief

500,00 SONBOMED SARL
40, Rue des Hôpitaux
(Ex. Docteur Brown) - Ed. des Hôpitaux
20100 - Casablanca
Tél: 05 22 22 60 31 - Fax: 05 22 47 43 03

2/ Small orthopedic

for pain relief