

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.

Radiologie 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.

Dentaire :

- 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° W19-598786

ND 52620

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7833 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB ABDELLAH

Date de naissance : 20/12/1966

Adresse : NABHUELLE

Tél. : 0661345639

Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : VELUT YOLANDE Ep NAJIB Age : 54

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

Nature de la maladie : COMPLAINTES DEC. 2020

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 : CASABLANCA Le : 03/12/2020

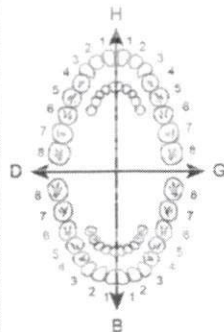
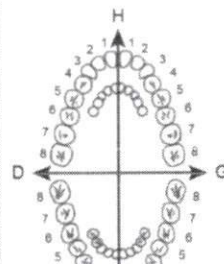
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
Important : 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	INP : <input type="text"/>															
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
 Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84
 S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666
 PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041
 Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
 www.rmaassurance.com



RMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

Employeur

: TIMAR SA

Assuré

: VECOT YOLANDE MARIE ALINE

N° Affiliation

: 00400003 00 000112

Personne soignée

: VECOT YOLANDE MARIE ALINE

N° sinistre

: 2020003 00

Nature de la maladie

:

Ref (C / V)

: 09637069

N° Externe

:

Date ouverture

: 11/08/2020

Date règlement

: 24/08/2020

Page

1/1

Nature des Prestations	Cotation MT	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SPEC.	0		300.00	300.00	80.00	240.00
PHARMACIE	1 0		150.00	0.00	80.00	0.00
VERRE	2 0		6200.00	2730.00	80.00	2184.00
MONTURE DOUBLE Foyer	0		800.00	800.00	80.00	300.00
TOTAL			7450.00	3830.00		2724.00
1-1: PRODUIT : NON REMBOURSABLE (HYLDDQDDQ.)						Montant A Rembourser
2-1: REMBOURSEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AU TARIF DES OPTICIENS APPLIQUE AU MAROC						
						2724.00

NB : Votre remboursement est versé sur votre carte SIHATCOM

FOR-GM004 VERSION 01 DU 15/07/1996

Date(s) de réception du courrier

2	3	4

Nº de registre

	CP

10

D.D	D	C.C

www.rmaassurance.com



ROYALE,
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

☐ Maladie ☐ Maternité ☒ Optique ☐ Clinique ☐ Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Intermédiaire :

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse

TIMAR
Bd 1 N°1 Quartier Ouka
Ain Sebaa - Casablanca
Tél: 05 22 67 60 00 L.G.
Fax: 05 22 67 25 88

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

Lien de parenté : .

Montant des frais engagés :

....DHS..

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait à

Casablanca

22

3/08/20

Signature de l'assuré(e)

STONB GM - 021 - Code GP 002 Version 2020

Date(s) de réception du courrier			
1	2	3	4

N° d'ins. liste

CP

15

D.D

D

C.C

FOR GM - 021 - Code GP 002 Version 2020

Phénix Optique

Opticien - Optométriste

FACTURE

N : 0000102958

Casa le 25/07/2020

NOM PRENOM : VECOT YOLANDE MARIE ALINE

DR : LAHCEN ZAFAD

OD : +1.25(-1.25 à 85 °) ADD +1.75

OG : +1.00(-0.75 à 100 °) ADD +1.75

OD VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTI REFLET : 3100 DH

OG VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTI REFLET : 3100 DH

MONTURE : 800 DH

TOTAL : 7000 DH

SEPT MILLE DIRHAMS

MODE DE PAIEMENT : ESPECE

PHÉNIX OPTIQUE S.A.R.L.
26, Rue Ibnou Khalikane,
Résidence Palmiers - Casablanca
ICE : 001897514000097
Tél : 05 22 23 26 41

Phénix

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophthalmologie

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales



مصلحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور لحسن زفاد

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

ORDONNANCE

10 juillet 2020

Mme VECOT Yolande Marie Aline

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 1.25 (- 1.25 à 85°)

OG = + 1.00 (- 0.75 à 100°)

VP : ODG = Add : + 1.75

PHENIX OPTIQUE S.A.R.L.
26, Rue Ibnou Khaldoun,
Résidence Palmiers - Casablanca
ICE : 00189751/000097
Tél : 0662 16 32 01

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophthalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca

Angle Rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers
Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05.22.25.00.01 - CASABLANCA
E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophtalmologie

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales



مصحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور لحسن زفاد

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

ORDONNANCE

10 juillet 2020

Mme VECOT Yolande Marie Aline

150100

1/ HYLOCOMOD COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

150100



Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste ③
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca

PHARMACIE LAIMOUN SARL
466, lot. Allaymoun Lissasfa
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94
RC: 381781 - N°: 3023297 - IF: 24821866
N°: 1007171 - 300089

0222-01
LOT 29/966
1500DH
PPC:

Angle Rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers
Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05.22.25.00.01 - CASABLANCA
E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425