

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-598786

ND 52620

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 78-33

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : NAJIB ABDELLAH

Date de naissance : 20/12/1966

Adresse : MGENHUELE

Tél. : 0661345633

Total des frais engagés :

MUPRAS

DEC 2020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NEZET YOUSSEF NAJIB Age : 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : COMPLAINTE DE LA PEAU 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/12/2020

RELEVE 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 : /
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
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

FIEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	: TIMAR SA					Page	1/1
Assuré	: VECOT YOLANDE MARIE ALINE					Rer (C / V)	: 09657069
N° Affiliation	: 004C0003 00 000112					N° Externe	:
Personne soignée	: VECOT YOLANDE MARIE ALINE					Date ouverture	: 11/03/2020
N° sinistre	: 2020003 00					Date règlement	: 24/03/2020
Nature de la maladie							
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULT.SPEC.	0	0	300.00	300.00	80.00	240.00	
PHARMACIE	1.0	0	150.00	0.00	80.00	0.00	
VERRE	2.0	0	6200.00	2730.00	80.00	2184.00	
MONTURE DOUBLE FOYER	0	0	800.00	800.00	80.00	300.00	
TOTAL			7450.00	3630.00		2724.00	
1-1: PRODUIT : NON REMBOURSABLE (HYDROCOMOD.)						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

FCR-GMAD4/VERSION 01 DU 15.07.1996

Carte réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

2

3

4

Identification

N° d'assuré



CP

Ordonnancement

I.C

D.D

D

C.C

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc

Tél. : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 38 84

SA au capital de 1.796.170.800 DH - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

www.rmaassurance.com



ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

- Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation MR Intermédiaire :

Souscripteur : TIMAR Cachet du souscripteur :

N° de police : 603003100

Adresse : / hantuelle

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

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : VECOT Yolande ép NATIB

Adresse : / hantuelle

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : VECOT Yolande

Lien de parenté : elle - mere

Montant des frais engagés : DHS

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

Fait à Casablanca, le 3/08/20 Signature de l'assuré(e)

Yolande

Partie réservée à RMA

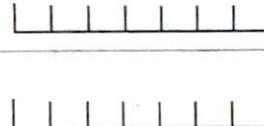
Date(s) de réception du courrier

1

	2	3	4

Identification

N° d'assuré



CP

Organancement

L.

D.D

D

C.C

--	--	--

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
 Tél. : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 38 84
 SA au capital de 1.796.170.800 DH - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com



ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

 Maladie

 Maternité

 Optique

 Clinique

 Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : VECOT Yolande ép NAIJIS

Adresse :

/ habituelle

Cachet du souscripteur :

TIMAR
 Bd 1 N°1 Quartier Oued
 Aïn Sébaâ - Casablanca
 Tél: 05 22 67 60 00 L.G
 Fax: 05 22 67 23 88

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : VECOT Yolande

Lien de parenté : elle-même

Montant des frais engagés : DHS.....

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

Fait à Casablanca, le 3/08/10 Signature de l'assuré(e)

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 PAIMENT : ESPECE



26, Rue Ibnou Khalikan, Palmier - Casablanca - Tél : 05 22 23 26 41

IF : 20759247 - RC : 373051 - TP : 34794702 - ICE : 001897514000097

CLINIQUE AL MADINA
Centre d'Ophtalmologie
Docteur Lahcen ZAFAD
Ophthalmologiste
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 زفاص
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس
الجراحة التجميلية للجفنون 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 Khaldoone,
Résidence Palmiers - Casablanca
Tél. 00189751000097
ICE : 0652163297

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
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 زفاص
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس
الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

ORDONNANCE

10 juillet 2020

Mme VECOT Yolande Marie Aline

150,00

1/ HYLOCOMOD COLLYRE

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

150,00



Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste ③^{RC:381781}
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard^{Lot: 291966}
Quartier Palmier - Casablanca^{PPC: 2022-01}
Casablanca - Tel: 05 22 90 94 94
A65, lot. Allaymounne Lissasid
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

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