

## 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 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° W19-597468

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6874 Société : RAM 64388  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : OURIZAL AHMED  
 Date de naissance : 06/09/1965  
 Adresse : 33101 SHAM RUE 5 APP 7 CALIFONIE CASA  
 Tél. : 0673712738 Total des frais engagés : 4250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abdelwahab TAKADOUN  
Ophthalmologiste  
304, Bd. 2 Mars - Casablanca  
Tél. : 0522 82 93 61 / 0527 29 10 53  
05 MARS 2021

Date de consultation : 05 MARS 2021  
 Nom et prénom du malade : OURIZAL AHMED Age : 1965  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : A  
 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 : CMN  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]  
 Le : 3 MARS 2021



# 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
05 MARS 2021				INP : 090132877 Dr. Abdelwahab Ophthalmologie 304, Bd. 2 Mars Casablanca Tél. : 0522 82 93 86 / 27 29 10 65

# 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
		AM	PC	IM	IV	
10 MARS 2021						

# 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 canalaires, 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la prothèse.			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. Abdelwahab TAKADOUM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste Titulaire du C.E.S.  
de la Faculté de Médecine de PARIS  
Ex. Attaché Assistant aux Hôpitaux de Paris

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

LASER-ANGIOGRAPHIE

LENTILLES DE CONTACT

Expert Assermenté près des Tribunaux

الدكتور عبد الوهاب تقادوم

اختصاصي في طب العيون

حائز على شهادة الدراسات العليا من كلية الطب بباريس  
طبيب ملحق بمستشفيات باريس سابقا

أمراض وجراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

العدسات اللاصقة

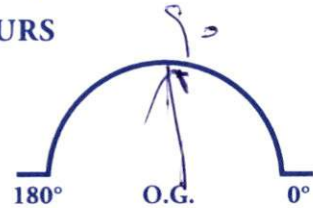
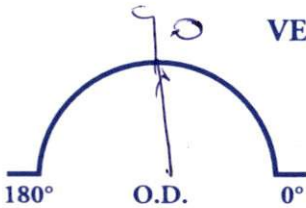
خبير محلف لدى المحاكم

10<sup>h</sup>5 MARS 2021

GASABLANCA, LE :

Mr: *Oufkhal Ahmed*

VERRES CORRECTEURS



Vision de loin : O.D.

$$+ 2,00 (90 - 2)$$

O.G.

$$+ 2,00 (90 - 1,76)$$

Vision de près : O.D.

$$+ 2,00$$

O.G.

Monture

Teinte

Progressif

Rapporter le présent Bulletin chaque fois que l'on vient consulter

304, Bd. 2 Mars 1<sup>er</sup> étage (près de la Mosquée Essounna), Au dessus de Attijari Wafa bank

الهاتف : 05 22 82 93 96 / 05 27 29 10 55

LOZZA Optique

Souk Koréa - Bloc EF

N° 132 - Casablanca

Tél.: 05.22.82.12.83

GSM : 06.25.49.49.49

N° 002719



نظارات اللوزة

سوق القريعة - بلوك EF

الرقم 132 - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.82.12.83

الهاتف النقال : 06.25.49.49.49

Docteur : ABDELWAHAB TAKADOM

Mr.: ABRAHAM ANMED

Nomenclature :

Montures :

VL EF 1002

VP

Type de verres :

Progressif

\* VISION DE LOIN :

OD :

Axe :

90°

Cyl :

-2.00

Sph :

+2.50

1400 ml

OG :

Axe :

90°

Cyl :

-1.75

Sph :

+2.50

1400 ml

\* VISION DE PRES :

OD :

Axe :

Cyl :

Sph :

OG :

Axe :

Cyl :

Sph :

Odd :

+2.00

=

4000 ml

Total :

Date :

10 MARS 2021