

# 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

NPD: 74295

(A)

## Déclaration de Maladie : N° P19-0002482

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAERINDI Mohamed Date de naissance : 01.08.1968

Adresse : EL SADIDA

Tél : 0661463938 Total des frais engagés : 3800.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/06/2021

Nom et prénom du malade : LAERINDI MOHAMED Age : 1968

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : correction visuelle

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 : EL SADIDA

Le : 01/06/2021

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
01/06/21	Correction visuelle		200 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/06/21	28.80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/06/21					3800.00

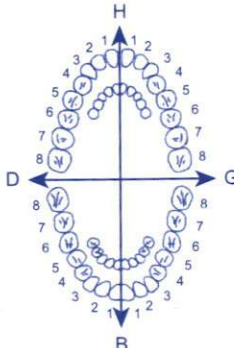
INPE: 045005048

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

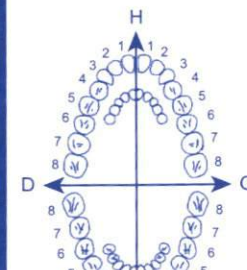
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

Dr Khalid CAID TOUIL

الدكتور خالد قائد طويل

Ophthalmologist  
Specialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux

إختصاصي  
في أمراض و جراحة العيون

Ordonnance

El Jadida le : **ORDONNANCE MEDICALE** الجديدة في

El Jadida Le, 01/06/2021

Monsieur Lafrindi Mohamed

- VISION DE LOIN:

- OD: ( -1.50 A 63 ) +0.75

- OG: ( -1.25 A 115 ) +1.00

- VISION DE PRES: +2.50

- 2 VERRES ANTIREFLETS PROGRESSIF + MONTURE

☎ 06 33 07 91 52 ☎ 05 23 80 19 81

Route de Marrakech, Rés. Al Boustane 7  
Imm 7, Etage 1, Apprt 2 - El Jadida

Cabinet Dr Khalid Caïd Touil

طريق مراكش، إقامة البستان 7  
عمارة 7، الطابق 1، الشقة 2 - الجديدة



**Dr Khalid CAID TOUIL**

**Ophtalmologiste  
Specialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

**الدكتور خالد قائد طويل**

**إختصاصي  
في أمراض و جراحة العيون**

**Ordonnance**

El Jadida le : **ORDONNANCE MEDICALE** الجديدة في

El Jadida Le, 01/06/2021

Monsieur Lafrindi Mohamed

36.30  
- ICOMB COLLYRE

78.19 3f/j  
- SICCAFLUID COLLYRE

3f/j  
68.80



SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218

**Dr. CAID T. Khalid**  
Ophtalmologiste  
Rés. Al Boustane 7, Imm. 7, Etage 1,  
Impt 2, El Jadida - Tél : 06 33 07 91 52

**☎ 06 33 07 91 52 ☎ 05 23 80 19 81**

**Route de Marrakech, Rés. Al Boustane 7  
Imm 7, Etage 1, Appt 2 - El Jadida**

Cabinet Dr Khalid Caid Touil

**طريق مراكش، إقامة البستان 7  
صالة 7، الطابق 1، الشقة 2 - الجديدة**

# OPTIQUE ASAFA

EL JADIDA 01/06/2021

ADRESS

EL BOUSTANE 7 IMM 05 EL JADIDA MAROC MR/ MME

LAFRINDI MOHAMED

TEL 00212663565689

patent 4201678

FACTURE N° 254/21

ICE 002261536000028

Dr: KHALID CAID TOUIL

## VISION PRES

	sph	cyl	axe
OD			
OG			

## VISION LOIN

	sph		axe	ADD
OD	+0.75	-1.50	63	+2.50
OG	+1.00	-1.25	115	+2.50

## FORNITURE MONTURES

VL	PLASTIQUE	800
VP		

VERRES	PROGRESSIF BLEU CUT	3000
VL		
VP		

TOTAL: 3800 DHS

LAPRESENCE FACTURE EST ARRETE A LA SOMME DE:  
ROIS MILLE HUIT-CENTS DHS

  
N° 254/21 - EL JADIDA  
TEL 00212663565689