

# 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.

## Maladie chronique :

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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 060071

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4927 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARFII SAID

Date de naissance : 12/11/1962

Adresse : 595 Bd EL QUODS, OULED SAÏD ANKHAY

CASABLANCA 20460

Tél. : 06616678821 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lahcen ZAFAD  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansour  
Quartier Palmiers - Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MONFAD BAHIA Age : 54

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

Nature de la maladie : Cornée ophtalmologie + Affection oculaire

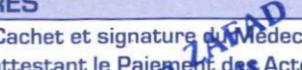
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 01/07/21

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
03/05/2021	CS	300 DH		

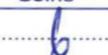
Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

**Dr. Lahcen ZAGAD**  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Mohammed VI et Rue Mansour  
Quartier Palmiers - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur <b>PHARMACIE HCHIR</b>	Date <b>03.05.21</b>	Montant de la Facture <b>405.00</b>
101, Bd El Oued Lot Mandarins Rue 14, Inara 1 A n Chok - Casa		
Tél 05 22 52 82 53		
<b>INDE : 02004207</b>		

**INPE: 92001387**

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant des honoraires des honoraires
		AM	PC	IM	
					

**NEW LIFE OPTICAL SARL**  
Opticien Optométriste  
RC: 381495 - Patente: 33062879  
GSM: 06 74 82 23 53

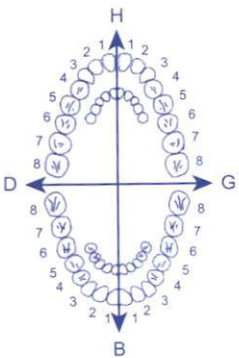
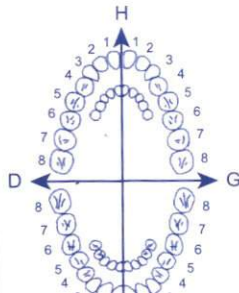
	Montant détaillé des honoraires
IV	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

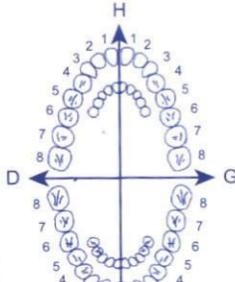
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX											
	<div style="margin-bottom: 10px;"><b>H</b></div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 5px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 5px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;"><b>D</b></td> <td style="padding: 5px 10px;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 5px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 5px 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;"></td> <td style="padding: 5px 10px;"></td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"><b>B</b></div>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553			
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	<b>D</b>	<b>G</b>													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
			MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												

			H		
		25533412		21433552	
		00000000		00000000	
D					G
		00000000		00000000	
		35533411		11433553	
			B		

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

CLINIQUE AL MADINA



عيادة العين

03 mai 2021

Mme MONSSEF Bahia

135.00 x3

5/2

1/ EOLE DUAL

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

405.00



عبدلية عشير  
PHARMACIE ACHIR

101, Bd El Qods Lot Mandarini  
Rue 14, Inara 1 A n Chok - Cas  
Tél 05 22 52 82 53

Dr. Lahcen ZAFAD  
Opticien  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA



ORDONNANCE

عيادة العين

03 mai 2021

**Mme MONSSEF Bahia**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets multi-couches

VL : OD = + 0.75 (- 0.25 à 180°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 155°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50

PPC: 135,00

LOT E 02 20

10/2021

10/2021

E 02 20

PPC: 135,00

2 20

PPC: 135,00

NEW LIFE OPTICAL SARL  
Opticien Optométriste

RC: 381495 - Patente: 33087379

GSM: 06 74 82 23 53

Opticien Optométriste  
RC: 381495 - Patente: 33087379  
GSM: 06 74 82 23 53

Dr. Lahcen ZAFAD  
Optométriste

Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca

# NEW LIFE OPTICAL

Group 4 N 155 BD

L.T.P : 33067379-RC 381495

ouqba ibno nafie sidi moumen

I.C.E : 001937766000081

tel : 06.74.82.23.53

Facture

003582

Casablanca : le

21-6/27

M/Mme

MOUSSE F. BAHIA

N de nomenclature

Docteur :

DAHLER ZAFAD

Monture :

Verres :

optique.  
10/10 AN. O. M

1500,00

VL :

OD :

OG :

1-0.25. 180/40°  
1-0.25. 155/40°

1000,00

1000,00

VP :

OD :

OG :

1. 72. R  
1. 72. R

750,00

750,00

Arrête la présente facture a la somme de :

5000,00

Cinq mille.

PAYEE

NEW LIFE OPTICAL SARL  
Opticien Optométriste  
RC: 381495 - Patente: 33067379  
GSM: 06 74 82 23 53

NEW LIFE OPTICAL SARL  
Opticien Optométriste  
RC: 381495 - Patente: 33067379  
GSM: 06 74 82 23 53