

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.



Déclaration de Maladie

M23-0018791

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10608 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Détaché
Nom & Prénom : EL AOUAD ADIL
Date de naissance : 09/07/1977
Adresse : habituelle A 73303
Tél : 0661516371 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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

[illegible]

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

[illegible]

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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

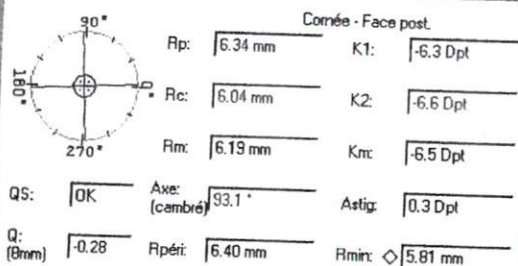
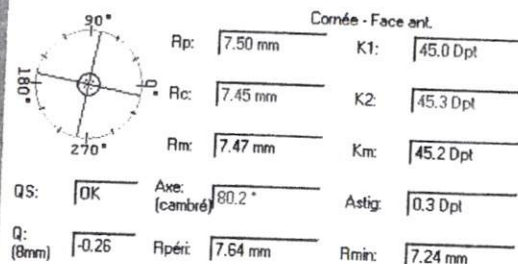
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OCULUS - PENTACAM 4 cartes réfractives

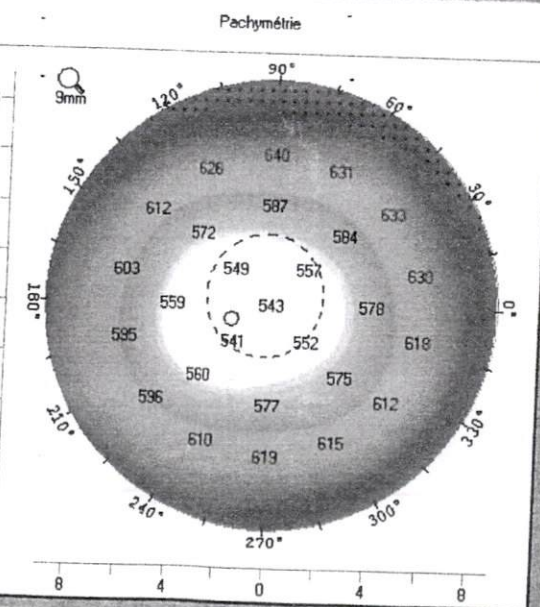
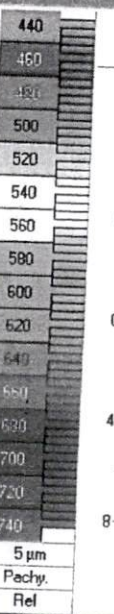
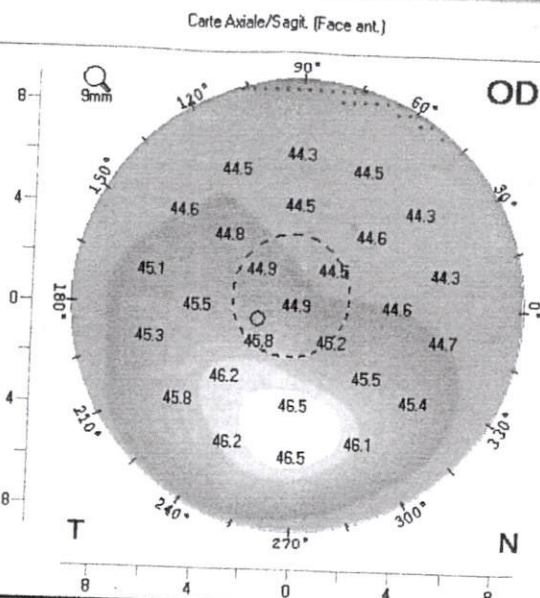
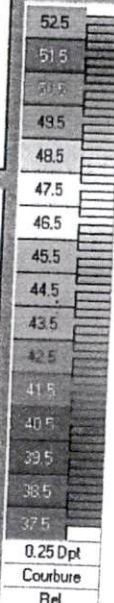
1.25/15

Nom: BAYACHOU
Prénom: KAOUTHAR
N° ID: DR ZAFAD LAHCEN
Né(e) le: 07/12/1977 Oeil: droit
Examen du: 01/06/2023 Heure: 15:37:24
Info. exam.:

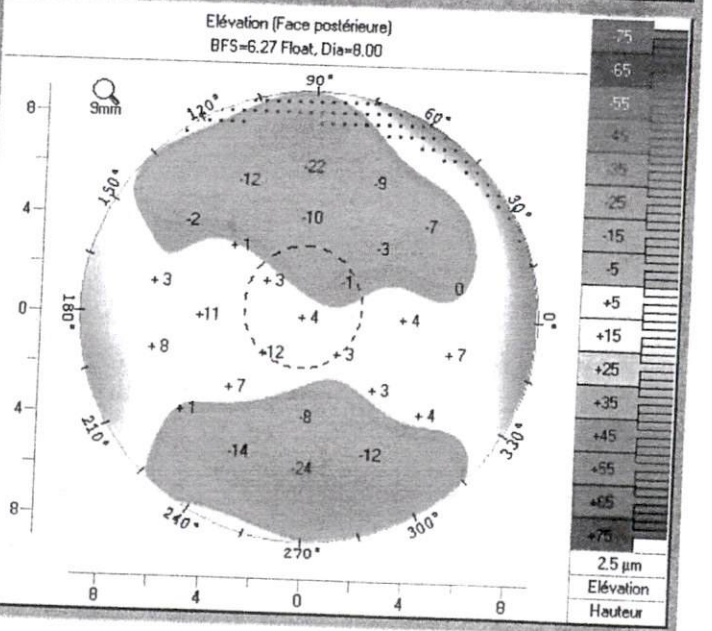
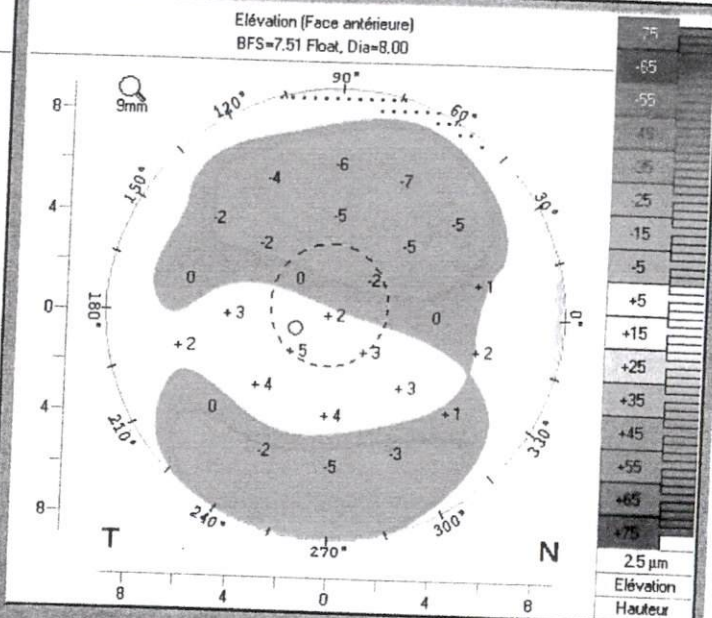


	Pachy:	x(mm)	y(mm)
Centre pup.	+ 543 µm	-0.13	+0.19
Pachy Vertex N.	543 µm	0.00	0.00
Pachy. min.	539 µm	-0.77	-0.28
K Max. (antérieur):	46.6 Dpt	+0.14	-2.57

Volume cornéen	60.2 mm³	Ø cornée:	11.8 mm
Volume C.A.	170 mm³	Angle I.C.	38.4°
Prof. C.A. (Endo.)	3.02 mm	Dia. pup.:	2.38 mm
Val. PIO PIO (Add):	+0.3 mmHg	Ep. cristal:	

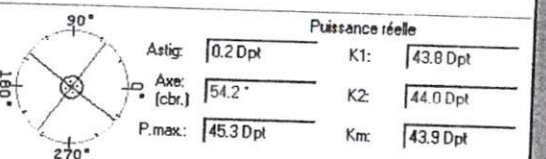
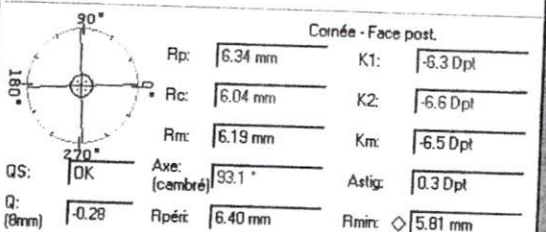
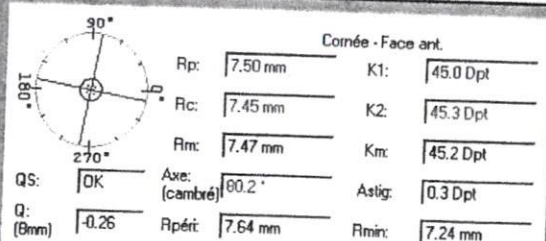


Carte réfractive



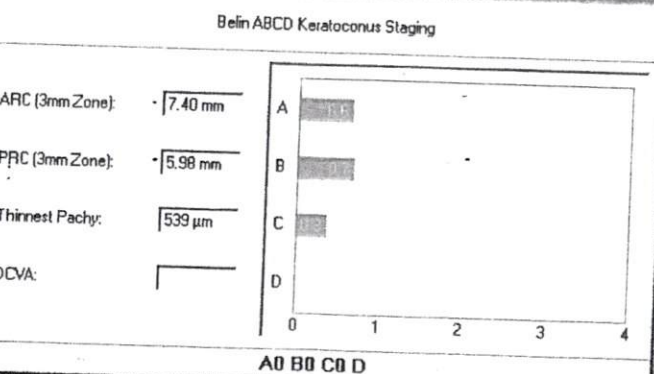
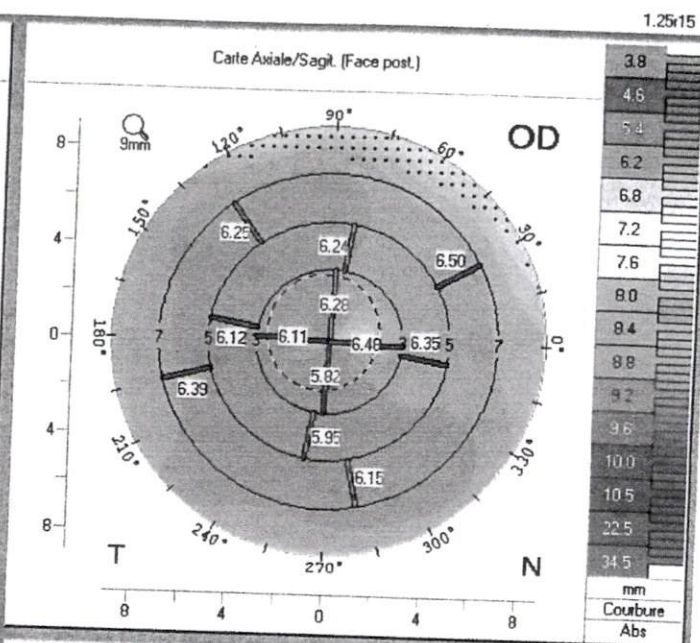
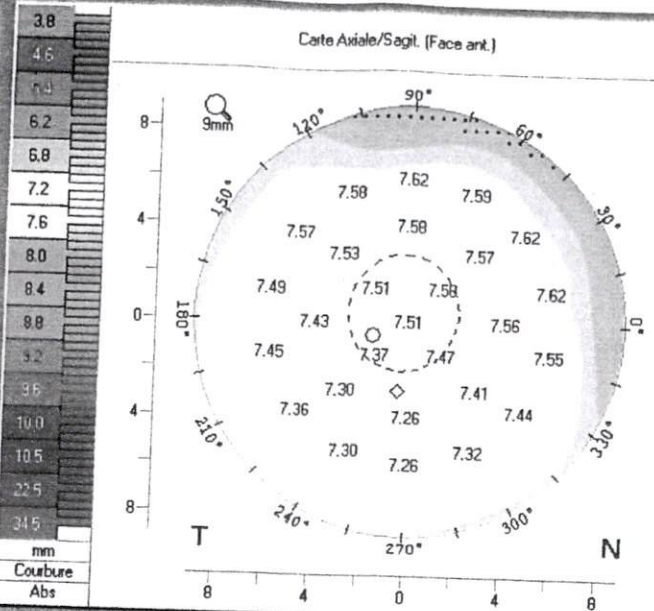
OCULUS - PENTACAM Stadification topométrique / KC

Nom: BAYACHOU
Prénom: KADUTHAR
N° ID: DR ZAFAD LAHCEN
Né(e) le: 07/12/1977 Oeil: droit
Examen du: 01/06/2023 Heure: 15:37:24
Info. exam.:



	Pachy:	x(mm)	y(mm)
Centre pup.	+ 543 µm	-0.13	+0.19
Pachy Vertex N.	543 µm	0.00	0.00
Pachy. min.	539 µm	-0.77	-0.28
K Max. (antérieur):	46.6 Dpt	+0.14	-2.57

Volume cornéen	60.2 mm³	Ø cornée:	11.8 mm
Volume C.A.	170 mm³	Angle I.C.	38.4°
Prof. C.A. (Endo.)	3.02 mm	Dia. pup.:	2.38 mm
PIO (Add.):	+0.3 mmHg	Ep. cristal	



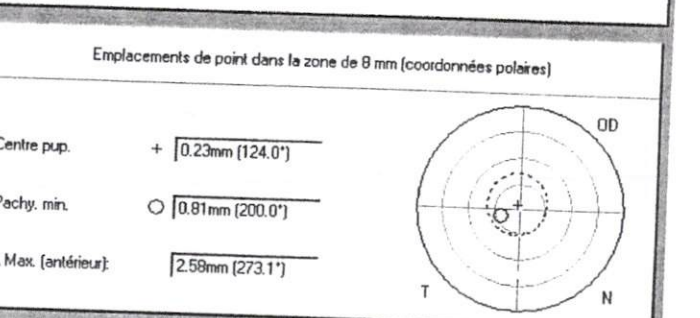
Asphéricité (post.) des méridiens majeurs

	6mm	7mm	8mm	9mm	10mm
Nas	0.07	-0.06	-0.12	-0.17	-0.27
Temp	-0.18	-0.23	-0.21	-0.19	-0.27
Inf	-0.36	-0.41	-0.46	-0.52	-0.62
Sup	0.00	-0.14	-0.32	-0.52	-0.67
Moyen	-0.12	-0.21	-0.28	-0.35	-0.46

ant.:
☐ Asphéricité
☐ Courbure ax./sag.
post.:
☒ Asphéricité
☐ Courbure ax./sag.

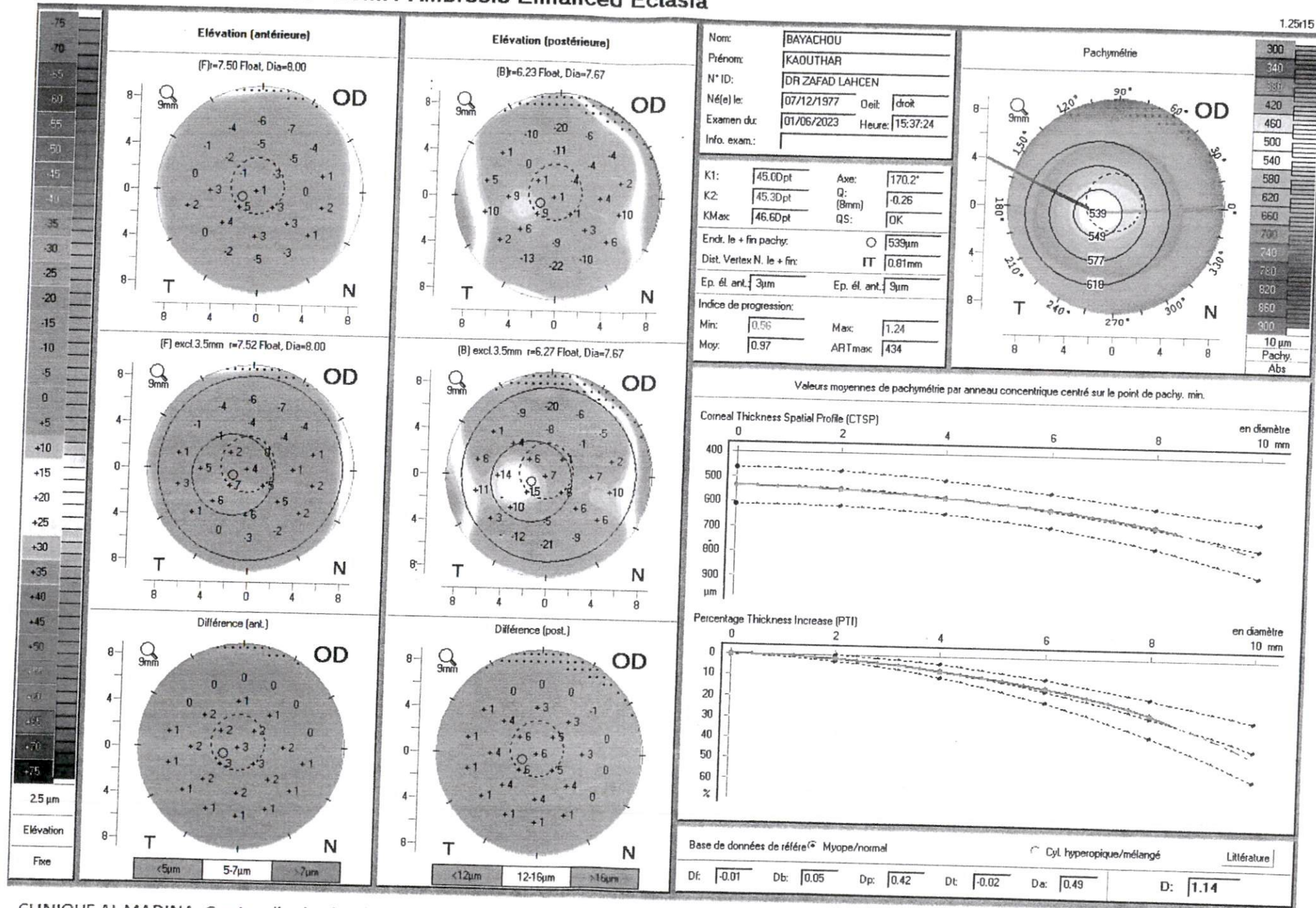
Indices

ISV: 17	IHA: 13.8
IVA: 0.21	IHD: 13.8
KI: 1.05	Rmin: 7.24
CKI: 1.00	TKC: poss.
KISA: 36.388	IS: 1.42



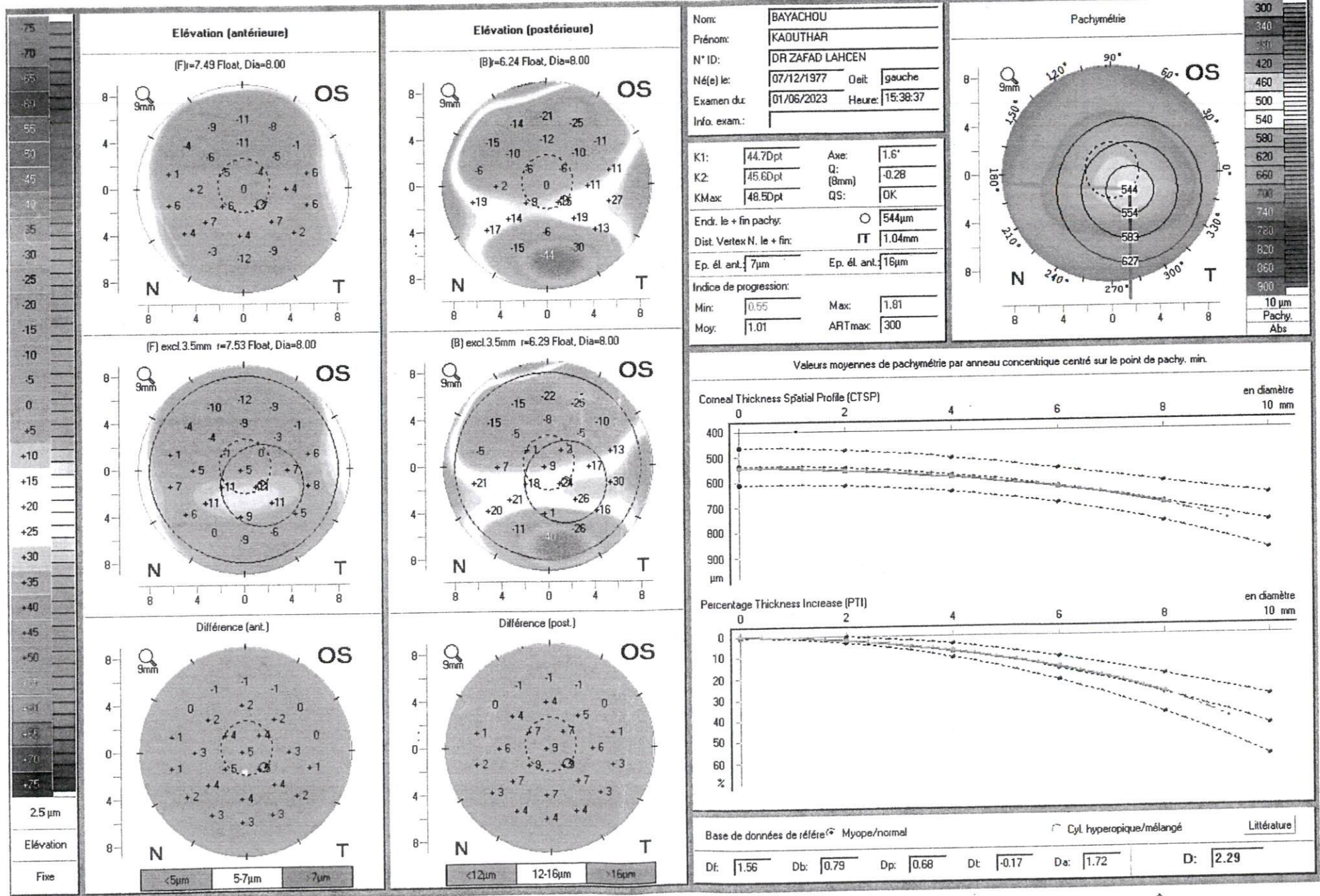
OCULUS - PENTACAM Belin / Ambrósio Enhanced Ectasia

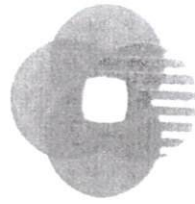
1.25r15



OCULUS - PENTACAM Belin / Ambrósio Enhanced Ectasia

1.25x15





Casablanca, le 01/06/2023

COMPTE RENDU TOPOGRAPHIE

Nom du patient : **Mme BAYACHOU KAOUTHAR**

Médecin correspondant : **ZAFAD LAHCEN**

Oeil droit:

La topographie cornéenne montre un Q à -0.23 avec une Pachymétrie de l'apex de 544 μm .

Le rayon de courbure de la face postérieure est à 6.01 mm.

Pour l'indice ISV est à 16 le Rmin est à 7.21

Oeil gauche:

La topographie cornéenne montre un Q à -0.28 avec une Pachymétrie de l'apex de 550 μm .

Le rayon de courbure de la face postérieure est à 6.12 mm.

Pour l'indice ISV est à 30 le Rmin est à 6.97

Dr. Lahcen Zafad
Ophtalmologiste
532, Bd Mohammed VI - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 09116

F A C T U R E

N° : 14170 / 2023 du 01/06/2023

Nom patient **BAYACHOU KAOUTHAR**
PAYANT

Entrée 01/06/2023

Sortie 01/06/2023

TOPOGRAPHIE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
TOPOGRAPHIE	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
Total Clinique				1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. Lancelotti
Ophthalmologiste
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.S.)
Fax : 05 22 35 00 01 - 05 22 35 70 00

MULTIDISCIPLINAIRE

FACTURE

N°: 14138 / 2023 du 01/06/2023

Nom patient **BAYACHOU KAOUTHAR**
PAYANT

Entrée 01/06/2023

Sortie 01/06/2023

CONSULTATION

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

M. Lancel ZAFAD
Ophtalmologiste
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 091157040

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste
Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux
Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales
Chirurgie réfractive

دكتور لحسن زفاف

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية
الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

ORDONNANCE

01 juin 2023

Mme BAYACHOU KAOUTHAR

TOPOGRAPHIE CORNNEENNE

Entrée 01/06/2023

Sortie 01/06/2023

TOPOGRAPHIE

Prix Unitaire	Montant
1 200,00	1 200,00
Sous-Total	1 200,00
	1 200,00

1 200,00

Dr. Lahcen ZAFAD
OPHTALMOLOGISTE
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L5)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 091157040

CLINIQUE AL MADINA
FACILITATION

532, Bd. Panoramique, Casablanca - Tél: 0 522 77 77 40 à 49 - Fax: 0 522 25 00 01
Email: contact@cliniquealmadina.ma

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L5)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 091157040

STERILE A

THEALOSE est sans conservateur, quel que soit le mode d'emploi. La solution peut être conservée dans son emballage d'origine.

AL MADINA
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Docteur Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux
Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales
Chirurgie réfractive

مصلحة متعددة الاختصاصات

الدكتور احسن زفاض
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية
الجراحة الانكسارية لتصحيح الرؤية

01 juin 2023

ORDONNANCE
Mme BAYACHOU KAOUTHAR

147,00

1/ THEALOSE

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

Entrée 01/06/2023

Sortie 01/06/2023

TOPOGRAPHIE

x Unitaire	Montant
1 200,00	1 200,00
Sous-Total	1 200,00
	1 200,00
	1 200,00

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
532 Bd. Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 09157040



532, Bd. Panoramique, Casablanca - Tél: 0 522 77 77 40 à 49 - Fax: 0 522 25 00 01
Email: contact@cliniquealmadina.ma

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 09157040

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : Beyrou Karim

Date de naissance :

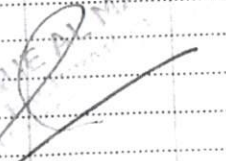
Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident :

(préciser causes et circonstances)

Dr. Karim Beyrou
Oculiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LLG)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 09157040

Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	01/06/23	CS	300.01		
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies	01/06/23	Tope	120.01		

Dr. Karim Beyrou
Oculiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LLG)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 09157040

Dr. Karim Beyrou
Oculiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LLG)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 09157040

Pharmacie

Factures

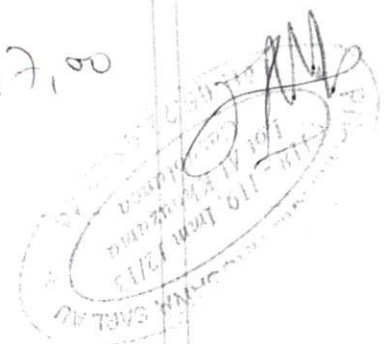
Date

Montant

1/6/23

147,00

Signature & cachet



Recommandations importantes

- Etablir une déclaration par personne et par maladie.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).
- Joindre à la déclaration de maladie les vignettes ou à défaut les prospectus et le P.I. concernant les médicaments.
- Lorsque la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra re à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règ délivré par cet organisme.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dû acquittée sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.
- Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident être remises à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi n°17-99 port des assurances.

⊗ Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un de deux mois.

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	: COOPER PHARMA (CADR)					Page	1/1
Assuré	: BAYACHOU KAOUTHAR					Ref (C / V)	: 09976360
N° Affiliation	: 02700532 02 000095					N° Extérieur	:
Personne soignée	: BAYACHOU KAOUTHAR					Date ouverture	: 20/06/2023
N° sinistre	: 2023007 00					Date règlement	: 20/06/2023
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	85.00	255.00
RADIOGRAPHIE	1 0	0	1200.00	1000.00	90.00	900.00
PHARMACIE	2 0	0	147.00	0.00	85.00	0.00
TOTAL			1647.00	1300.00		1155.00

1-1: ROLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT A LA NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS (.....)	Montant A Rembourser
2-1: PRODUIT NON REMBOURSABLE (THEALOSE)	
	1155.00

NB : Votre remboursement est versé sur votre carte SIHATCOM

FOR-GM004 VERSION 01 DU 15/07/1998