

# 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.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-816581

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13333 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TERAZI Abdessamad

Date de naissance : 25/09/1996

Adresse : 198 JP Fondus GH 17 ETG 4 APP 16 Casablanca

Tél. : 069153 0570 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mohamed SABOUNJI  
Spécialiste en Ophtalmologie  
2, Avenue Lalla Asmaa  
Tahriket - SALE  
Tél : 0539 82 3000

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/09/2023

Nom et prénom du malade : TERAZI ABDESSAMAD Age : 26 ans

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

Nature de la maladie : V.S. de R. P. 17

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 : 07 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

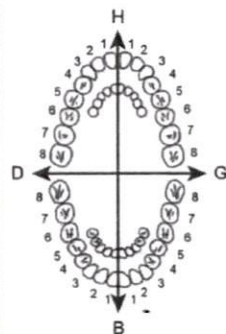
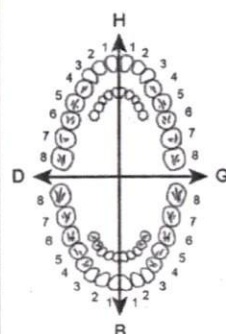


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/09/2023	C3		300,000	INP : <u>1141122112</u>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>SAN OPTICAL</b> Saima Zaidi Opticienne Tél: 05 37 86 68 49 - 07 07 11 71 31	02 septembre 2023	VERRES 170x100 MONTURE 50x100 TOTAL: 120.00 / 10.00 INP: 1165082911

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	

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	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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



**SALMA ZEBIDEGH**

Opticienne Optométriste

Facture N° .....

Salé, le: 02 Septembre 2023

Mr (e): TERAZI ABDESSAMAD .....

V.I .....

	SPH	CYL	AXE	PRIX
OD	-0.25	-0.75	145°	350,00
OG	-0.25	-1.00	180°	350,00

V.P .....

	SPH	CYL	AXE	PRIX
OD				
OG				

MONTURE	500,00
VERRES	700,00

TOTAL	1200,00
-------	---------

Arrêtée la présente facture à la somme de: mill. deux cent dix .....

Mag N°40 Bis, Rue Massa, Hay Mohamedi Bettana, Salé - Maroc

☎ 06 80 02 09 53 / 07 07 11 71 31 ✉ sanoptical2000@gmail.com

ICE : 002635776000038 - IF : 47283841 - RC : 32625 - PATENTE : 28801470



Docteur Mohamed SABOUNJI

**Spécialiste en Ophtalmologie**

Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la CATARACTE par PHACO

Angiographie - Laser

Lauréat de la Faculté de Médecine de Liège (Belgique)

Ancien Assistant au CHU de Liège

Membre des Sociétés Française et Belge  
d'Ophtalmologie

الدكتور محمد الصابونجي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالفاكو

تصوير شبكة العين - أشعة الليزر

خريج كلية الطب بليبج (بلجيكا)

طبيب اختصاصي سابقا بالمستشفى الجامعي بليبج

عضو الجمعيتين الفرنسية البلجيكية

لطب وجراحة العيون

Salé, le.....02.septembre.2023

**Mr TERAZI ABDESSAMAD**

**Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets**

Vision de loin :

OD = - 0.25 (- 0.75 à 145°)

OG = - 0.25 (- 1.00 à 180°)

S.S. SAN OPTICAL  
Salma Zebidegh  
Opticienne Optométriste  
Tél : 05 37 86 68 49 - 07 07 11 77 51

Docteur Mohamed SABOUNJI

**Spécialiste en Ophtalmologie**

**2, Avenue Lalla Asmae**

**Tabriquet - SALE**

**Tél: 05 37 86 30 90**

2، شارع للا أسماء - الشقة رقم 1 - تابريكت - سلا

2, Avenue Lalla Asmae - Appt 1 - Tabriquet - Salé

الهاتف : 05.37.86.30.90