

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-826709

19/09/7

**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc  
INRÉ-011310525

**Maladie**  **Dentaire**  **Optique**  **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **9019**

Matricule : **9019** Société : **RAT**

**Actif**  **Pensionné(e)**  **Autre**

Nom & Prénom : **KADIRI OTMANI ABDELLAH**

Date de naissance : **21-10-72**

Adresse : **Agence RAT TANGER**

Tél. : **770,20** Total des frais engagés : **770,20** Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Dr. CHAIIA Zakaria  
Médecin Ophtalmologiste  
Angle Rue de Fès et Rue Mohamed Abdou  
31 Bés Shiraz imm 1 N°92, 3ème étage

Cachet du médecin :

Date de consultation : **25/01/2024**

Nom et prénom du malade : **LABRINY FAIZA** Age : **45**

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

Nature de la maladie : **co Toxotite Algérie**

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.

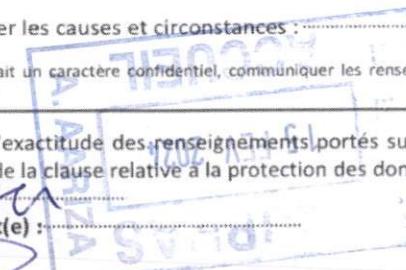
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Tanger**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **28/09/24**





## RELEVE 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
28/01 2024 28/01/2024	CS Contrôle	1 Général	30000 H	INP :  INPE: 011310752 Dr. CHAJIA, Médecin Ophtalmologue, 1 Rue Mohamed Abdou, 02, 3ème étage

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie de PARIS</b> Mme SFIANE Souad Pharmacienne Place de France - TANGER 05 99 36 42 24	25/07/2014	420.70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RÉLEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Chirurgie de la cataracte
- Traitement du kératcone
- Adaptation en lentilles de contact
- Traitement de la rétinopathie diabétique
- Traitement du glaucome
- Chirurgie réfractive
- Paupières et voies lacrymales



د. شجاع زكرياء  
طب وجراحة العيون

- جراحة العجالة
- علاج القرنيات المخروطية
- العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية (السكري ...)
- داء الزرق
- تصحيح البصر
- أمراض الجفون والمسالك الدمعية

Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca  
Membre de la Sté. Européenne de la chirurgie de cataracte et réfractive  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Ancien médecin de l'Hôpital 20 Août de Casablanca

Tanger, le \_\_\_\_\_

25 janvier 2024

Mme LABRINY Faiza

PHYLARM

SERUM POUR LAVAGE OCULAIRE 3fois par jour  
, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



104.00

LOTEMAX. collyre

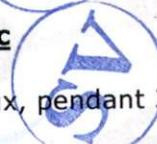
1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours



112.50

CATIONORM collyre flacon 10cc

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



173.00

collyre  
1 flt 3 J

1 goutte

3 fois par

7.60

صيدلية باريس  
Pharmacie de PARIS  
Mme SOUFIANE Souad  
Pharmacienne  
8, Place de France - TANGER  
Tél 05 39 93 64 24



Dr. CHAJIA Zakaria  
Meilleur Ophtalmologue  
Angle Rue de Fès et Rue Mohamed Abdou  
31 Rés Shiraz imm 1 N°92, 3ème étage  
TANGER

470.00

زاوية زنقة فاس و زنقة محمد عبدي، 31 إقامة شيراز، عمارة 1 مكتب رقم 92 الطابق 3، 90000 - طنجة

Angle Rue de Fès et Rue Mohamed Abdou, 31 Résidence Shiraz, Imm. 1 Bureau N° 92, 3ème étage, 90000 - Tanger

Tél. : 05 39 93 07 12 / 06 33 52 11 68 - Email : dr.chajiazakaria@gmail.com

Date Fab.: تاريخ الصنع :  
Date Exp.: تاريخ الانتهاء :  
Lot: الحصة:



6118001101801  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

ORATOIRE UNITHER  
srl - 50200 Coutances  
الصانع: مخابر اوينية  
1 شارع الأرقمي  
كوتانس - 50200

NE PAS AVALEZ  
RESPECTER LES  
لا يبتغي  
الوصفة  
LISTE 1 - Unique  
صفة طيبة