

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc



## Déclaration de Maladie

N° W19-477363

107522

- ☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : MOHAMMED ASSIDDIKI  
 Date de naissance : 1950  
 Adresse : AP3 Immeuble Lot ASSABAH ESSAOWIRA EL Jadida  
 Tél. : 0699 5995 96 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelaziz CHNANI  
 Ophtalmologiste  
 14 Av. Kennedy Immeuble An-nour 1er Etage  
 SAFI - Tél/Fax : 0524 62.00.20  
 Date de consultation : 05 MARS 2022  
 Nom et prénom du malade : ASSIDDIKI Mohammed Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : OPHTALMS  
 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-477363

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires |
| 105 MARS 2022                  |                   |                       | 111119814                       |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                         |
|--|----------|-------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture   |
| <b>PHARMACIE SNOUS</b><br>Docteur SNOUS<br>22 Ziguag, Roumou, Essouma, Niamey<br>Tel: 05 24 79 26 95 | 05-03-22 | Code: INPE<br>072095862 |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES   |   |                  |   |   |
|--|---|------------------|---|---|
| Le praticien est prié de préciser le dent traité, l'aide ou l'ajout en indiquant la nature des soins                         |   |                  |   |   |
| Important :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OCOF. |   |                  |   |   |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient                                       | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
|  |   |                  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |
|  |   |                  |   | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |
|  |   |                  |   | DEBUT D'EXECUTION [ ]                         |
|  |   |                  |   | FIN D'EXECUTION [ ]                           |
|  |   |                  |   |   |
|  |   |                  |   |   |
|  |   |                  |   |   |
|  |   |                  |   |   |
|  |   |                  |   |   |
|  |   |                  |   |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |   |   |
|  | H<br>28533412 21433552<br>20000000 00000000<br>D ————— G<br>30000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                       |   |
|  | [Création, remont, adjonction]  |                  | MONTANTS DES SOINS [ ]                            |   |
|  | Fonctionnel, Thérapeutique, Nécessaire à la prothèse.   |                  | DATE DU DEVIS [ ]                                 |   |
|  |   |                  | DATE DE L'EXECUTION [ ]                           |   |
|  |   |                  |   |   |
|  |   |                  |   |   |
|  |   |                  |   |   |
|  |   |                  |   |   |
|  |   |                  |   |   |
|  |   |                  |   |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |   |                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |   |



**Dr. Abdelaziz CHNANI**

**Ophtalmologiste**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux



**الدكتور عبد العزيز الشناني**

اختصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات اللاصقة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

أسفي في 03.05.2018 : Safi le

M.R. ASSIODIKI Mohammed



ICOMB (collyre)

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 5 jours

PHARMACIE SMOUSI  
Docteur GHIZI SMOUSI Ahmed  
22 Rue de la Liberté, Essouira - El Jadida  
Tél: 05 24 79 26 95

Dr. A. CHNANI  
Ophtalmologiste  
SAFI

Signature



أيكومب®  
Icomb®



Lot: H 0 1 3 2  
Fab: 0 8 2 1  
Exp: 0 8 2 3

PPV: 30 DH 30

12500798-05S





**Dr. Abdelaziz CHNANI**

**Ophtalmologiste**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux



**الدكتور عبد العزيز الشناني**

اختصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات اللاصقة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

05/03/2022

أسفي في :.....Safi le

**COMPTE RENDU OPERATOIRE**

**MR ASSIDDIKI MOHAMMED**

**Injection intra vitréenne d'anti VEGF/oeil droit**

- Nettoyage de l'oeil par la bétadine
- Anesthésie locale topique
- Injectio intra vitréenne d'anti VEGF 0,05 ml par une aiguille 27 G à 4 mm du limbe
- Traitement local



**Dr. Abdelaziz CHNANI**

***Ophthalmologiste***

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux



**الدكتور عبد العزيز الشناني**

**اختصاصي في طب وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات اللاصقة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

05/03/2022

Safi le .....: أسفي في

NOTE D'HONORAIRES

**111119814**

Je soussigné DR CHNANI ABDELAZIZ, atteste avoir reçu  
le montant de

Mille cinq cent ( 1500,00 DH )

de MR ASSIDDIKI MOHAMMED

pour injection intra vitréenne d'anti VEGF oeil droit

somme réglée en espèces

Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux