

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : tpe@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 - Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc - Avenue Hassan II - Casablanca - Maroc - Tél. +212 33 80 00 00 - Fax +212 33 80 00 01 - E-mail : info@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-477363

OB
par courrier

107522

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2020	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		MOHAMMED ASSIDDIKI	
Date de naissance :		1950	
Adresse :		AP 3 im 47 lot ASSABAH ESSAOUIRA El Jadida ESSAOUIRA	
Tél. :		06 99 59 95 96	
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelaziz CHNANI
Ophthalmologiste

14 Av. Kennedy Immi. An-noor 1er Etage
SAFI - Tel/Fax: 0524 52.00.20

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 : **OPHTALMUS**

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 ADHÉRENT

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 : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin traitant / Pharmacien
105 MARS 2022	Kfz	ANNA	111119814	Dr. Abdellatif Cabinet de Médecine Générale

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SNOUssi Docteur CHOUAIKOUNI Ahmed 22 Ziquaq Ressouane Essaouira A Tel: 05 24 79 26 02	08-03-22	30.30

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est tenu de présenter la dent traitée à l'ordre pratique 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.																
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'EXÉCUTION <input type="text"/>													
			FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>													
	O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433532</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533111</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433532	D	00000000	00000000	B	35533111	11433553	G		
		H	25533412	21433532												
		D	00000000	00000000												
B		35533111	11433553													
G																
[Création, remont, adjonction] fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																

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 المياء البينية (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياء الزرقاء - الحول

العدسات اللاصقة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Safi le : ٢٠١٩.٠٣.٠٥
أسفى في

M.R. ASSIDIKI Mohammed

٢٠١٩



ICOMB (collyre)

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 5 jours

PHARMACIE SMOUSSI
Docteur CHIZI SMOUSSI Ahmed
123 rue Hassan II, Essaouira Al Jadida,
Tel: 05 24 79 26 95

Dr.
M.
SAFI

J
SAFI

أيكومب®
Icomb®



Lot:

NH0132

Fab:

08 21

Exp:

08 23

PPV: 30 DH 30

12500798-05S



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

الشخص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

05/03/2022

Safi le :
أسفى في:

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 محلق لدى المحاكم

05/03/2022

Safi le : أسفى في :

NOTE D'HONORAIRES

111119814

Je sousigne 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
14 Av. Kennedy Imm. AN-NOUR 1er Etage (à côté Hôtel Abda) - SAFI - Tél / Fax : 0524.62.00.20