

# 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                  | : 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-778161

144865

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10614	Société : RAM AGADIR AGENCE		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SAADI RACHID			
Date de naissance : 15/10/1971			
Adresse : HAY S.Alam N° 189 AGADIR			
Tél. : 06 103 387 81	Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/10/2023			
Nom et prénom du malade : RHTTA SAADI Age: .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : Consultation ophtalmologique			
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'at: médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **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
		A M	P C	I M	I V	
<b>OPTIQUE TIFAOUIINE</b> Sara MOUSAADAK Opticienne Optométriste Abderrahmane Ben Zidane n. AGADIR - Tel: 0528 21 00 50	04/01/2023					# 150,00 DH

INPE: 045029725

#### **VOLET ADHERENT**

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

SOINS DENTAIRES		Traitements	Soins															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DEBUT D'EXECUTION																
		FIN D'EXECUTION																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H																		
D	G																	
B																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DATE DU DEVIS																
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn Rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

Agadir, le lundi 2 janvier 2023

EnfantRHITA Saadi

## LUNETTE POUR VISION DE LOIN INCASSABLES

Oeil Droit : (0° -0,50) -1,25

Oeil Gauche : (0° -0,25) -1,50

### ANTI-REFLET



الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة وأمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية



Professeur ZADNASS Abdellah  
Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn Rochd CASABLANCA  
Ancien résident de CHU de Nantes - France  
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification  
Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne  
Angiographie , laser rétinien , OCT  
**Chirurgie vitreo - rétinienne**

الدكتور زادناس عبد الله  
طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء  
جراحة و أمراض العيون  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا  
جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية  
أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر  
**جراحة الشبكية**

## HONORAIRE CONSULTATION N° 012/2023

02/01/2023

NOM ET PRENOM : RHITA SAADI

ACTE C2 : CONSULTATION+ FOND D'OEIL

**HONORAIRE CONSULTATION 300 DHS**

**TROIS CENT DIRHAMS ESPECE**

ICE : 001717223000009

Dr. ZADNASS Abdellah  
Ophtalmologiste  
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi (Face ERAC SUD) Talborjt - Agadir - Tél.: 05 28 84 83 00 | 05 28 82 22 21 - Fax : 05 28 84 43 78  
E-mail : zadcabinet@gmail.com

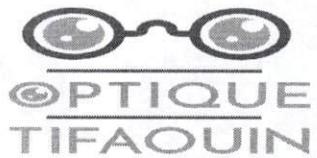
**OPTIQUE TIFAOUIN**

optiquetifaouin@gmail.com

Magasin2 B74 Av Abderrahmane Ben Zidane

80000 Agadir

Tél: 05 28 21 00 50



Mlle RHITA SAADI

FACTURE N° : F23/0046

Date : 04/01/2023

Prescrit par : ZADNASS

No ID :

En date du : 02/01/2023

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
VERRE ORGANIQUE ANTI REFLET	1	125.00	125.00	20.0
VERRE ORGANIQUE ANTI REFLET	1	125.00	125.00	20.0
MONTURE OPTIQUE	1	200.00	200.00	20.0
<b>Total</b>	<b>3</b>		<b>450.00</b>	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
375.00	75.00	450.00	450.00	<b>0.00 Dh</b>

OPTIQUE TIFAOUIN  
 Salam MOUSA  
 Opticienne-Optométriste  
 Av. Abderrahmane Ben Zidane  
 Agadir, AGADIR - Tél: 0528 21 00 50