

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

20/08/2023



## Déclaration de Maladie

N° W21-809327

172612

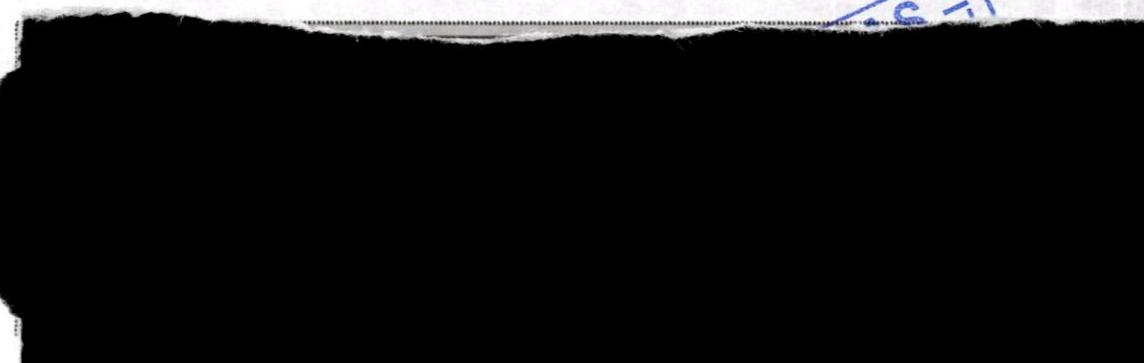
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>04835</b>	Société : <b>Royal Air Maroc</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EZ BIDA Mostafa</b>			
Date de naissance : <b>1958/03/18</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>0661732890</b> Total des frais engagés : <b>DR GUAZZANI MEKKE</b> DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. GUAZZANI MEKKE OPHTALMOLOGISTE 18, Avenue Sidi Mandri Tétouan 05 39 96 44 30</b>			
Date de consultation : <b>11/08/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EZ BIDA Najlaa</b> Age : <b>63</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>REFRACTION</b>			
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 11/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Mostafa**

Le : **11/08/2023**



AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
 - Aboubakr El Torssi N° 45 Sidi - la Mosquée Al Oumai Tel: 05 39 97 49 3	11/07/2018	✓	✓	✓	✓	800,00	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DÉBUT D'EXÉCUTION																		
				FIN D'EXÉCUTION																		
				<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <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;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	35533411	11433553	B		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
						H	G															
						25533412	21433552															
						00000000	00000000															
						D	G															
35533411	11433553																					
B																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXÉCUTION																						
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						

# Dr. OUAZZANI MEKKI

Specialiste en Ophthalmologie

Ex-médecin de l'hôpital des spécialités

IBN SINA à Rabat

Ex-médecin chef du service d'ophthalmologie

à l'hôpital civil de Tétouan

Membre de la Société Française

d'ophthalmologie



الدكتور الوزاني المكي

اختصاصي في طب وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفى الإختصاصات

ابن سينا بالرباط

رئيس سابق لقسم أمراض العيون

بالمستشفى المدنى بتطوان

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Tétouan le

٢٦-٣-٢٠٢٣

EZBIDA

MA'SLAHA

$$\text{OD} = +0.50 (-0.25 \times 5')$$
$$\text{OS} = -3.50 (-2.0 \times 1.55')$$

OPTIQUE  
AL OLIVIMA  
Rue Al Khalek Torres N° 45, Santal R'mel  
Tétouan - Maroc  
Fax: 05 39 97 49 33

OUAZZANI MEKKI  
OPHTHALMOLOGISTE  
18, Avenue Sidi Mandri  
Tétouan  
05 39 96 44 30

# OPTIQUE AL OUMMA

Opticien - Optométriste  
Spécialiste en lentilles de contact

DATE: 19/08/2023  
NOM: EZBIDA NAJLAA  
FACTURE N° 220 010  
MEDECIN: OUAZZANI MEKKI

	SPH	CYL	AXE	ADD
V.L.D	+0.50	-0.25	5	
V.L.G	-3.50	-1.00	155	
V.P.D				
V.P.G				

DESIGNATION	PRIX
MONTURE	
MONTURE POUR VL	200.00
VERRES	
ORGANIQUE 1.6 ANTI REFLETS POUR VL	600.00
Total T.T.C:	800.00
Remise:	0.00
Net à payer:	800.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN T.T.C A LA SOMME DE:  
HUIT CENTS DIRHAMS

Dont T.V.A (20 %) (DH) 133.33

Av. Abdelkhalek Torres N° 45-Saniat R'mel(à coté de la Mosquée Al Oumma) TÉTOUAN -Tél./Fax: 0539 974 933  
ICE: 000507362000051- Code INPE: 165006883- IF: 83362862- CNSS: 8139158- PATENTE: 51601764- RC: 24680