

# 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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

N° W21-637336  
pan courrie  
95847

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9622		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SATTI Abderrahman			
Date de naissance : 1959			
Adresse : AV 9 AVRIL RUE SANABIL ZKTOLY N°5 TETOUAN			
Tél. : 0688563133	Total des frais engagés : 25 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : DT. OUAZZANI MEKKI	
Date de consultation : 08/10/2021	
Nom et prénom du malade : BAKKAL NAIMA	
Age : 45	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : REFRACTION	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-637336
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 attestant le Paiement des Actes
06.10.2011	Cr	-	90000 F	INP : 16116100 MAZZANETI

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	05/09/2011	9/10/2011				1300 F CFA

### VOLET ADHERENT

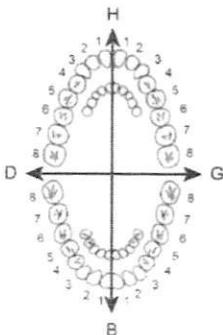
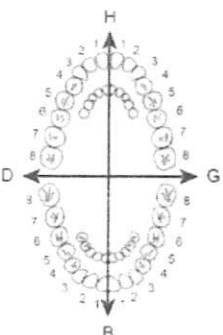
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES**

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><hr/></td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><hr/></td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>		G	B	00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
<hr/>		G																		
B	00000000	00000000																		
<hr/>		35533411	11433553																	
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

**Dr. OUAZZANI MEKKI**

**Specialiste en Ophtalmologie**

Ex-médecin de l'hôpital des spécialités  
IBN SINA à Rabat

Ex-médecin chef du service d'ophtalmologie  
à l'hôpital civil de Tétouan

Membre de la Société Française  
d'ophtalmologie



**الدكتور الوزاني المكي**

المتخصص في طب وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفى الإختصاصات  
بن سينا بالرباط

رئيس سابق لقسم أمراض العيون  
بالمستشفى المدني بتطوان

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Tétouan le 08-10-2021

BAKKALI NAIMA

Correction de l'œil

$$OD = +0,50 (95 - 0,50)$$

$$OG = +1,00 (95 - 0,50)$$

$$ADD = +2,50$$

+ Mandri

OUAZZANI MEKKI  
OPHTHALMOLOGISTE

Dr. OUAZZANI MEKKI  
Ophtalmologiste  
du la mosquée Alouïssima  
Av. Abdellah El Torrey Sidi Mandri 1er étage (à côté  
05 39 97 49 33) Tétouan

05 39 96 44 30

18, شارع سيدى المنظري الطابق الأول - تطوان

# OPTIQUE AL OUMMA

Opticien - Optométriste  
Spécialiste en lentilles de contact

DATE: 09/10/2021  
NOM: BAKKALI NAIMA  
FACTURE N° 212 398  
MEDECIN: OUAZZANI MEKKI

**بصريات الأمة**  
Optique AL OUMMA  
Opticien Optométriste  
Av. Abdelkalek Torres, Saniat R'mel (à côté  
du la Mosquée Al Oumma ) Tétouan  
05 39 97 48 33

	SPH	CYL	AXE	ADD
V.L.D	+0.50	-0.50	95	+2.50
V.L.G	+1.00	-0.50	95	+2.50
V.P.D				
V.P.G				

DESIGNATION	PRIX
MONTURE	300.00
VERRES	1000.00
Total T.T.C:	1 300.00
Remise:	0.00
Net à payer:	1 300.00

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

Dont T.V.A (20 %) (DH) 216.67

Av. Abdelkalek 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

ICE : 000507362000051