

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-556259

Par  
Coupon  
10/02/18

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09946 Société : ROYAL AIR MAROC			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : NEJJARI HALIMA			
Date de naissance : 1970			
Adresse : 181 cité AL BARID HY NAHDA 1 RABAT			
Tél. : 0670 27 6244 Total des frais engagés : 1300,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. RIFAY Yasser Ophtalmologiste 56, Avenue de France 2ème étage Appl N° 4, Rabat - Agdal OR Tél.: 05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 INPE 101168276			
Date de consultation : Rabat, 15.02.2022			
Nom et prénom du malade : NEJJARI HALIMA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : V. DR. N.C.			
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 : RABAT le 15/02/2022 Le : 15/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-556259
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 : 09946	
Nom de l'adhérent(e) : NEJJARI Halima	
Total des frais engagés : 1300,00	
Date de dépôt :	

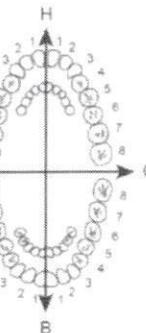
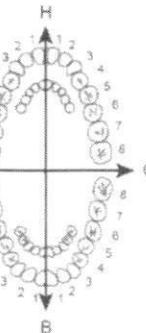
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15.02.88	CR		300.00	DR. RIFAT YASSE INP : 101168276 Rifat Yasse

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	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires	Prise en charge
15.02.22		10.00, 2	100	Prise en charge : RÉGIONAL COPAYEMENT ADN 37,68 N° 4 Rabat NPE : 101168276

### 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 HONORAIRE					
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.					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>	
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>	
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>	
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>	
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>					
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
	<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b>				<input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

Ophtalmologiste

KÉRATOCÔNE  
&  
CHIRURGIE RÉFRACTIVE



اختصاصي في طب و جراحة العيون  
القرنية المخروطية  
تصحيح البصر

Chirurgie de la cataracte - Chirurgie réfractive (Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme) - Kératocône  
جراحة المياه البيضاء - تصحيح البصر بالليزر - زراعة العدسات - القرنية المخروطية

15 février 2022

TOMOGRAPHIE A COHERENCE OPTIQUE  
COMPTE RENDU

Mme NEJJARI Halima

52 ans

**MACULAR ANALYSIS**

OD: Présence d'un trou maculaire de pleine épaisseur, très large qui dépasse 500µm, avec hyaloïde visible.

OG: Présence d'un trou lamellaire.

Rédigé par Zohra

Dr. RIFAY Yasser  
Ophtalmologiste  
56, Avenue de France 2 ème étage  
Appt N°:4 . Rabat - Agdal  
Tél: 05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14  
INPE: 104 68276

يمنع منعاً باتاً تغيير التواريخ

Il est formellement interdit de changer les dates

56 شارع فرنسا ، الطابق الثاني ، رقم 4 ،  
Appt N°:4 . Rabat - Agdal  
أكادال الرباط

05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 / 07 66 02 46 06

Ophtalmologiste

KÉRATOCÔNE  
&  
CHIRURGIE RÉFRACTIVE



اختصاصي في طب وجراحة العيون  
القرنية المخروطية  
تصحيح البصر

Chirurgie de la cataracte - Chirurgie réfractive (Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme) - Kératocône  
جراحة المياه البيضاء - تصحيح البصر باللазر - زراعة العدسات - القرنية المخروطية

15 février 2022

Mme NEJJARI Halima

Note d'honoraires

Nom et prénom : Mme. NEJJARI Halima

Acte : Optique Cohérence Tomographie maculaire (OCT)

Mode de paiement :

- Espèce

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de mille 1000.00 dhs.

Dr.Rifay

\* INPE : 101168276. \* ICE : 001658290000012. \* IF : 14482367. \* CNSS : 96241321.

Dr. RIFAY Yasser  
Ophtalmologiste  
56 Avenue de France 2 ème étage  
Appt N°4 . Rabat - Agdal  
Tel: 05 37 88 63 31  
INPE : 101168276

Il est formellement interdit de changer les dates

يمنع منعاً باتاً تغيير التواريخ

56 شارع فرنسا ، الطابق الثاني ، رقم 4 ،  
Appt N°4 . Rabat - Agdal  
أكادال الرباط

05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 / 07 66 02 46 06

Ophtalmologiste

KÉRATOCÔNE  
&  
CHIRURGIE RÉFRACTIVE



اختصاصي في طب و جراحة العيون  
القرنية المخروطية  
تصحيح البصر

Chirurgie de la cataracte - Chirurgie réfractive (Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme) - Kératocône  
جراحة المياه البيضاء - تصحيح البصر بالليزر - زراعة العدسات - القرنية المخروطية

mardi 15 février 2022

Note d'honoraires

Nom et prénom : Mme.NEJJARI Halima

Acte : Consultation d'ophtalmologie.

Mode de paiement :

- Espèce

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de trois cents 300.00 dhs.

Dr.Rifay

\* INPE : 101168276. \* ICE : 001658290000012. \* TF : 14482367. \* CNSS : 96241321.



Il est formellement interdit de changer les dates

يمنع منعاً باتاً تغيير التواريخ

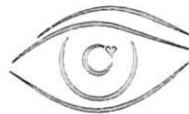
56 Avenue de France 2 ème étage  
Appt N°4 . Rabat - Agdal

56 شارع فرنسا ، الطابق الثاني ، رقم 4 ،  
أكادير - الرباط

05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 / 07 66 02 46 06

Ophtalmologiste

KÉRATOCÔNE  
&  
CHIRURGIE RÉFRACTIVE



اختصاصي في طب وجراحة العيون  
القرنية المخروطية  
تصحيح البصر

Chirurgie de la cataracte - Chirurgie réfractive (Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme) - Kératocône  
جراحة المياه البيضاء - تصحيح البصر باللابيز - زراعة العدسات - القرنية المخروطية

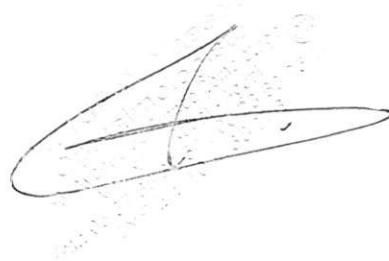
mardi 15 février 2022

note confidentielle

date : 15/02/2022

NOM et Prenom : Mme NEJJARI Halima

Nature de la maladie : TROU MACULAIRE OD



Il est formellement interdit de changer les dates

يمنع منعاً باتاً تغيير التواريخ



56 Avenue de France 2 ème étage رقم 4 ، الطابق الثاني ، رقم 4 ،  
Appt N°:4 . Rabat - Agdal



أكادال الرباط



05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 / 07 66 02 46 06