

# 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

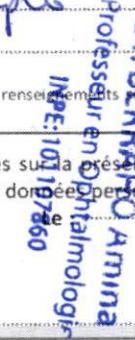
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-815197

*Corrigé*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" 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 186043			
Date de naissance : 1970			
Adresse : 181 Avenue AL FARIDI 104 NABDA 1 RABAT			
Tél. : 0670276244	Total des frais engagés : 3778,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	13/09/2023
Nom et prénom du malade :	Nejjari Halima
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Amotropie
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 13/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

### Déclaration de maladie

N° W21-815197

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 : 3778,00  
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
13/09/23	Consultation	6	60	INP : [REDACTED] H. BERRAHO Amine Hôpital en Ophtalmologie INPE: 10107860
Service d'Ophtalmologie la Pinède 1, Rue Cadi M'hamed Sousse - Tunisie Tél: 05 37 54 66 66 INPE: 100063700				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE AL KARAK	13/09/23	120
DP. BRAHMI ANIS CENTRE DE SOINS Rue 10 Novembre Ophtalmologie INPE: 10107860	13/09/23	3200,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature de Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service d'Ophtalmologie la Pinède, 1, Rue Cadi M'hamed Sousse - Tunisie Tél: 05 37 54 66 66 INPE: 100063700	13/09/23	Rétine	400

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

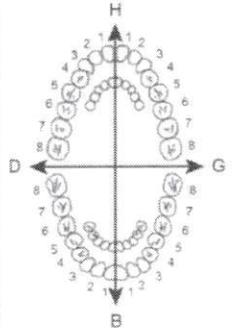
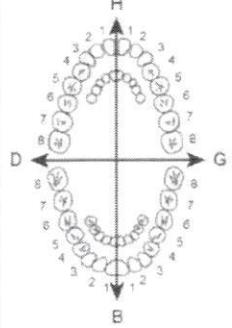
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000	G 21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
	[Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rabat le : 13/07/2013

Docteur :

Mme Negjani Halima

Cation of m

1781<sup>o</sup> ight a 2 / i



2026-03  
2023-03  
SL24U  
LOT

0459 STERILE A C

N°35418/2019/3917-2022/  
LerthiCat d enregisTreeement  
DM/DPS/DMP/18

የዕለታዊ የደንብ ስምምነት፣ ተስፋይና  
ይህ ነው፡ የሰውን ተከራካሪ ገዢ ተስፋይና  
ተችላለውን ተችላለው፡ ይህንንም በዚህ  
ጥርጉት መመሪያ ተችላለው፡

Composition : Huiles minérales, glycérol, polyoxamère 18B, tris-hydrochlorure, brométhamine, chlorure de calcium, eau purifiée.

ପାଇଁ କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା

*Catatonorm®* est une émulsion ophtalmique indiquée dans le traitement des symptômes de la sécheresse oculaire.

לעומת

Cationorm®

#### **Emulsion Cphthalique**

121BW

## Hydration

Importateur : MP MAGHREB  
9, AVENUE MOHAMMED BELHASSAN EL OUZZANI CENTRE COMMERCIAL DAR ESSALAM (1er étage)  
Sous-si - RABAT

91000 Evy  
Bd du Temple Fontaine  
3, rue Sartre  
France  
Fabrique par :  
Laboratoires Pharmaster  
67150 Estrein - France

Une attention particulière doit être accordée à l'absorption de l'humidité dans les matériaux et à leur température de dessiccation. Lors de l'entreposage, l'environnement doit être contrôlé pour éviter la formation de givre ou de condensation sur les matériaux.

## Cationorm<sup>®</sup>

## Facture N° 230913-015

Date Entrée : 13/09/23  
Date Sortie : 13/09/23

Rabat le : 13/09/23  
Nejjari Halima  
PAYANT

Prestations médicales

Libelle	PU	Qte	S. Total
Rétinographie	400,00	1	400,00

Total Général : **400,00 DH**

Arrété la présente facture à la somme de : **quatre cents DH**

Méthode de paiement: Espèces

Clinique d'Ophtalmologie la Pinède.  
Service Facturation  
1, Rue Cadi Moreno, La Pinède,  
Souissi - Rabat  
Tél: 05 37 54 66 66 / 67  
INPE: 100063700

Clinique d'Ophtalmologie LA PINÈDE مصحة طب العيون



[www.cliniquelapinede.com](http://www.cliniquelapinede.com)



0537 54 66 66 / 67



[contact@copmail.ma](mailto:contact@copmail.ma)

1, Rue Cadi Morèno, La Pinède - Souissi - Rabat

زنقة القاضي مورينو، لا بیناد السویسی - الرباط

ICE : 002024818000084

RC : 128545

TP : 25903364

IF : 25007434

INPE : 100063700

Rabat le : 13/09/2023

Docteur :

**Dr. BERRAHO Amina**  
Professeur en Ophtalmologie  
INPE: 101107860

Mme. Nejjari Halima

Monture + Verres astigmates (2 paire )

VL :

OD: +1,00 (-0,50 à 35°)

O G: +1,25 (-0,50 à 45°)

VR :

Add (+3,00) OD G

KLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE  
LA PINÈDE  
Ophtalmologie  
pour la Jeunesse

**Dr. BERRAHO Amina**  
Professeur en Ophtalmologie  
INPE: 101107860

---

مصحة طب العيون CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE LA PINÈDE

 [www.cliniquelapinede.ma](http://www.cliniquelapinede.ma)

 0537 54 66 66 / 67

 [contact@copmail.ma](mailto:contact@copmail.ma)

1, Rue Cadi Moréno, La Pinède - Souissi - Rabat

زنقة القاضي مورينو،الليناد السوسيسي - الرباط

# OPTIQUE LA JEUNESSE

<u>Client :</u> Mme NEJJARI HALIMA	N° : 0399ASS/R/2023
	Date : 15/10/2023

Réf . Article	Désignations	Qte	Montant TTC	TOTAL TTC
OD	+1,00 ( -0,50 35°)	1	1100,00	1100,00
OG	+1,25 ( -0,50 45°)	1	1100,00	1100,00
	ADD +3,00			
	PROGRESSIF 1,6 HMC			
	REGARD	1	1000,00	1000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille deux cent dirhams

Total Quantité		2
Total H.T.	T.V.A 20%	Total T.T.C.
2 666,67	533,33	3 200,00

OPTIQUE LA JEUNESSE  
Rue 10 N° 12 Hay Nmed V  
KENTRA  
Tél. 0537366525