

# 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.

## Macie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie 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.
- Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

- La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.
- Entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de consultations.

- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.
- Pour les prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à joindre à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- Entente préalable est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

- Entente préalable est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.
- Entente préalable est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

- Entente préalable est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.
- Entente préalable est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

- Entente préalable est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.
- Entente préalable est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

contact@mupras.com  
pec@mupras.com  
adhesion@mupras.com

09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

1er Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - GUR



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

100

ND: 12318

## Déclaration de Maladie : N° P19-0013394

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3110 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZAID LARBI Date de naissance : 01.01.45  
Adresse : 90 MY EL HEHDI BP 440 MONTE ARRUIT (NADOR)  
Tél : 06 6115 5808 Total des frais engagés : 3774,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MOUMNI Chakib  
DIPLOME D'OPTICISME  
Bd. Mohamed V, Imm. Attijari Tafabant  
TEL : 05 36 68 41 00 - OUJDA

Date de consultation : 03 / 12 / 2019  
Nom et prénom du malade : M<sup>r</sup> ZAID LARBI Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Verru plantaire + verru  
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 : CASABLANCA Le : 05 / 12 / 2019  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# RELEVÉ 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
03.12.18	C		250,00	Dr MOUMNI Chakib OPHTALMOLOGISTE Bd. Mohamed V. Im. Aljadarlabant Tél : 05 36 68 41 60 - OUJDA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MOUMNI Chakib Opticien - Optométriste 16, Bd. Zerkoubi - OUJDA Tél : 05 36 68 41 60	04-12-18 04-12-19	3500,00 24,60 Dh.

# ANALYSES - RADIOGRAPHIE

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients
ZENITH Pharma AMM N°218116 DMP/211NRQ ppv : 24,60 DH		

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
		H															
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
		D	G														
		00000000	00000000														
		35533411	11433553														
		B															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur Chakib MOUMNI  
OPHTALMOLOGISTE  
DIPLOME D'ETUDES SPECIALES  
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANTES  
MALADIES & CHIRURGIE DES YEUX  
LASER - ANGIOGRAPHIE

بالموعد  
SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور شكيب مومني  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
خريج كلية الطب بنانت  
أشعة الليزر

Le .....  
Oujda le 03 / 12/2019

MR ZAID LARBI

LUNETTES : verres progressifs + monture

Œil Droit :  $(90^\circ - 1,50) + 3,50$  de près Add : +2,50  
Œil Gauche :  $(90^\circ - 1,00) + 3,00$  de près Add : +2,50

24.60.  
Pharmacie allyne  
Zerktouni 3x/8 059  
108

Dr MOUMNI Chakib  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Mohamed V, Imm. Atijariwafabank  
Tél.: 05 36 68 41 60 - OUJDA  
pharmacie Marina  
صيدلية مارينا  
Dr Molinir Fethi  
Tél.: 05 36 63 33 00

زاوية شارع الزرقتوني وشارع محمد الخامس عمارة التجاري وفا بنك - وجدة  
Angle Bd. Zerkouni & Bd. Med V (Ible Atijari Wafa Bank) 2è Etage Apt. 4 - OUJDA  
Tél.: 05 36 68 41 60 Fax : 05 36 68 59 48



MOUMNI Mounaïm

OPTICIEN

OPTOMETRISTE

Diplômé de l'IORT à BRUXELLES

16, Boulevard Zerkouni

Tél. : 05 36 68 86 12 - OUJDA

Autorisation Ministérielle

N° 2238 du 24 Février 1987

Patente n° : 10100013 - R.C. : 22272

CNSS n° affiliation : 1304485 12.96

I.F. : 10100120 - INPE : 085002707

ICE : 001830033000036

OPTOPTIQUE



FACTURE / 20.19

N° 000759

Oujda, le 04.12.2013

مومني منعم

نظاراتي

أوبتومتريست

خريج من مركز العلوم البصرية ببيروكسيل

16، شارع الزرقطوني

الهاتف : 05 36 68 86 12 - وجدة

رخصة وزارية

رقم 2238 - بتاريخ 24-2-87

M.

EAID LABBP

Doit

Nomenclature	DESIGNATION	P. U.	MONTANT
	lunettes progressif	1250,0	2500,0
	monture métal	1000,0	1000,0
	TOTAL		3500,0

Arrêté à la somme de TROIS mille cinq cent

Timbre fiscal

Signature

OPTOPTIQUE  
MOUMNI Mounaïm  
Opticien - Optométriste  
16, Bd. Zerkouni - OUJDA  
05 36 68 86 12