

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-457612

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7139 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAZZI JACQUES

Date de naissance :

Adresse : Mine aduse

Tél. : 0661294950 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 OCT 19

Nom et prénom du malade : NESSAI JAHALLENE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-457612

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 :



# 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

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Lab. d'Ortodontologie Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

26, Avenue Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 66 63 - Fax: 05 37 77 72 5

05/10/19 OCT 1000 D.H.  
05/10/19 chomp 500 D.H.  
un seul

ACCUEIL 2

26, Avenue Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 66 63 - Fax: 05 37 77 72 5

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien      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.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient

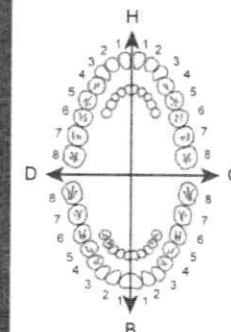
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

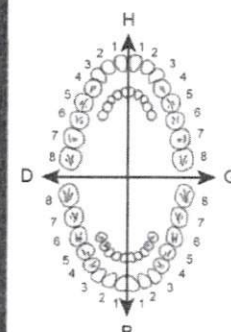
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat



PT1901104175

05 octobre 2019

05/10/2019

Nom et prénom: Mr. NEJJAI Jamal Eddine  
63 ans

### CHAMP VISUEL OCTOPUS 900PRO

L'examen du champ visuel de Mr. NEJJAI Jamal Eddine révèle :

-Œil droit : baisse de la sensibilité rétinienne globale avec un seuil moyen de 21.6dB

-Œil gauche : baisse de la sensibilité rétinienne globale avec un seuil moyen de 25.1dB

#### Conclusion :

ODG : déficit relatif

Cordialement

  
ELJABIRY ADIL  
Orthoptiste  
Tél : 05 37 67 66 63  
مصحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat  
ACCUEIL 2  
26, Avenue Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 66 63 - Fax: 05 37 77 72 51





مصحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat



PT1901104175

05 octobre 2019

## COMPTE RENDU OCT

PATIENT : Mr. NEJJAI Jamal Eddine

05/10/2019

Age : 63 ans

② **Epaisseur moyenne des fibres optiques péri-papillaires :**

- OD : 104  $\mu$ m
- OG : 106  $\mu$ m

② **Diagramme des épaisseurs des fibres optiques en camembert :**

Supérieur OD/OG : 108/109

Inferieur OD/OG: 101/103

② **Rapport C/D : OD : 0.32 OG : 0.37**

ACCUEIL  
26, Avenue Ibn Khaldoun - Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 67 66 66 - Fax: 05 37 77 72 51

# CLINIQUE DE LA VISION

## FACTURE

Date : 05/10/2019

Número : 13 178



100061548

Nom patient : NEJJAI JAMAL EDDINE

Médecin : DR. CHEFCHAOUNI CHARIF  
OPHTALMOLOGUE

19J051207

PAYANT

Montant

OCT

1 000,00

Total 1 000,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
MILLE DIRHAMS

  
مصلحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat  
ACGUEIL 2  
26, Avenue Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 66 63 - Fax: 05 37 77 72 5

CLINIQUE DE LA VISION

RABAT

## Reçu de caisse

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
19J051215	NEJJAI JAMAL EDDINE	05/10/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	054962	500,00
Total payé		500,00

26, Avenue Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 66 63 - Fax: 05 37 77 72 51  
ACCUEIL 2  
مصلحة العيود البصية  
Clinique de la Vision de Rabat