

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE

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



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

N° W19-555655

ND: 3670° corner

|                                  |  |                                      |                                 |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique     | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)   |  | Société                              |                                 |
| Matricule : 01948                |  | Autre : Royal air maroc              |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif   | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | Nom & Prénom : JBARA DRISS           |                                 |
| Date de naissance : 01/01/1949   |  | Adresse : 5 rue Onchassad Rhamt Oyda |                                 |
| Tél. : 05660557044               |  | Total des frais engagés : 1000 Dhs   |                                 |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| Cadre réservé au Médecin  |   |                                 |  |
| Cachet du médecin : Dr Abdelghani BENKHALTI<br>OPHTALMOLOGISTE<br>Rue Mohamed Derfoufi, Imm.<br>Belhoussine, 1er Etage - OUJDA<br>TELE: 05.36.68.67.07            |   |                                 |  |
| Date de consultation : 09/07/20   | Nom et prénom du malade : Jbara Driss Age: 73 |                                 |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même  | <input type="checkbox"/> Conjoint             | <input type="checkbox"/> Enfant |  |
| Nature de la maladie : Rétinopathie Diabétique  |   |                                 |  |
| 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 : Oujda Le : 05/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

|  |               |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT   |               |
| Déclaration de maladie   | N° W19-555655 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |               |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).  |               |

Matricule : 01948  
Nom de l'adhérent(e) : JBARA DRISS  
Total des frais engagés : 1000 Dhs  
Date de dépôt : 05/08/2020

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29.07.90        | K20               |                       | 100000.4                        | IN PAIEMENT<br>DR. BENNHAIFI<br>TOISSINE, 1er Etage - OUI<br>PARIS 75-36-68-6-<br>LOGISTE Darfoufi, Imm |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

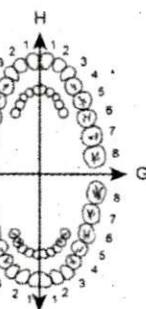
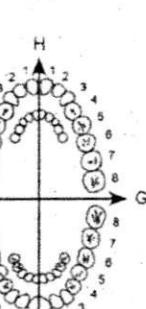
### **VOLET ADHERENT**

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

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 : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>                   |
|--|---|------------------|-------------|---|
|  |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>                |   |                  |             |   |
| MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>                     |   |                  |             |   |
| DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>                      |   |                  |             |   |
| FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>                        |   |                  |             |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span> |
|  | H   | G                | B           |   |
| $  \begin{array}{r}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $ |   |                  |             |   |
|    |   |                  |             |   |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession   |   |                  |             |   |
| MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>                     |   |                  |             |   |
| DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>                          |   |                  |             |   |
| DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>                    |   |                  |             |   |

**Dr Abdelghani BENKHALTI**

**OPHTALMOLOGISTE**

**Chirurgie Oculaire et Orbito**

**Palpétrale, Angiographie - Laser - OCT**

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat*

*Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie*

*à l'Hôpital Al Farabi - Oujda*

*Expert assermenté auprès des Tribunaux*



**الدكتور عبد الغني بنخالتي**

للتخصص في أمراض و عمليات العيون

جراحة العين والجفن

جراحة المساكن الدمعية

فحص شبكة العين بالأشعة - لازر

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى

الفارابي سابقا بوجدة

خبرير مخلف لدى المحاكم

**09/07/2020**

Oujda, le ..... وحدة، في

## Facture

Facture de paiement pour M<sup>r</sup> **JBARA**  
**DRISS** laser argon montant : 1000Dh

ICE : 0018476800000031

Dr Abdelghani BENKHALTI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Mohamed Derfoufi, Imm.  
Belhoussine, 1er Etage - OUJDA  
Tél: 05.36.68.67.07

**Dr Abdelghani BENKHALTI**

**OPHTALMOLOGISTE**

**Chirurgie Oculaire et Orbito**

**Palpétrale, Angiographie - Laser - OCT**

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat*

*Ancien Chef de Service d'Ophtalmologie*

*à l'Hôpital Al Farabi - Oujda*

*Expert assermenté auprès des Tribunaux*



**الدكتور عبد الغني بنخالتي**

**افتراضي في أمراض و جراحة العيون**

**جراحة العين والجفن**

**جراحة المسالك الدمعية**

**فحص شبكة العين بالأشعة - لازير**

**خريج كلية الطب بالرباط**

**رئيس مصلحة طب العيون مستشفى**

**الفارابي سابقا بوجدة**

**خبر مخلف لدى الأحاكه**

Oujda, le ..... وحدة، في

09/07/2020

## Compte rendu de laser argon

Le patient JBARA DRISS présente une rétinopathie diabétique a bénéficié de la 1<sup>ère</sup> séance de laser argon en OD.

Dr Abdelghani BENKHALTI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Mohamed Derfoufi, Imm.  
Belhoussine, 1er Etage - OUJDA  
Tél: 05.36.68.67.07