

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



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

Déclaration de Maladie

M23-006037

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9451 Société : 152001

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mazouli Azzeddine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066699999 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAZouli AZeddine Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.



Declaration de Maladie

N° W19-512191

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09451 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAZOURI Azzeddine

Date de naissance : 28/02/1963

Adresse : n° 50, Rue 6 Hay Lalla Soukaina
Zouagha Haut - FES - Maroc

Tél. : 0666 292999 Total des frais engagés : 2050,-

Cadre réservé au Médecin
DOCTEUR ABAIK Taoufik
Ophtalmologiste
27, Av. Med. V Appt N°9, 1er Etage Meknès
Tél/Fax : 05.35.51.59.05 Email: abaik.taoufik@gmail.com
ICE: 00174111000078

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 FEB 2013

Nom et prénom du malade : MAZOURI AZZEDDINE

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Meknès Le : 20/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

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.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-512191

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 09451

Nom de l'adhérent(e) : MAZOURI

Total des frais engagés : 2050,-

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
14. FEV. 2003		C5	250.00	<p>INP: 131 168 544</p> <p>دكتور عبيك توفيق DOCTEUR ABAIK Ta صفي أمراض وجراحة العيون Ophtalmologiste 27, Av. Med. VAPOT N° 8, 1er Etage</p>

INP: 131 168 544

الدكتور عبيك توفيق
DOCTEUR ABAIK Taoufik

اختصاصي في امراض و جراحة العيون
Ophthalmologist

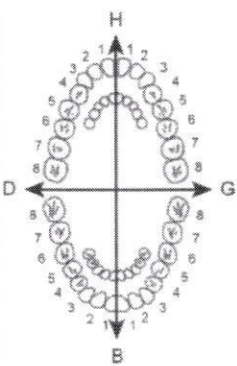
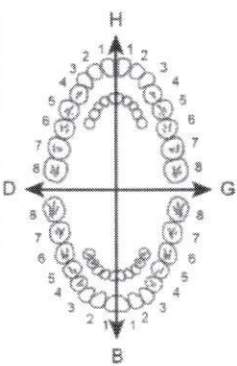
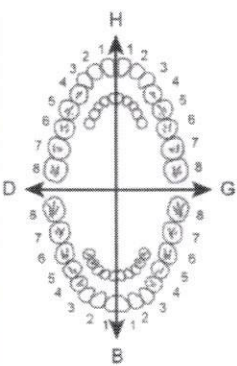
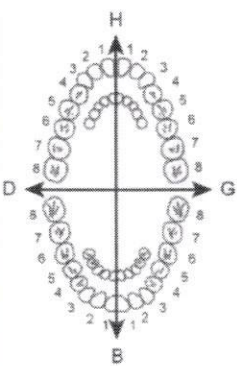
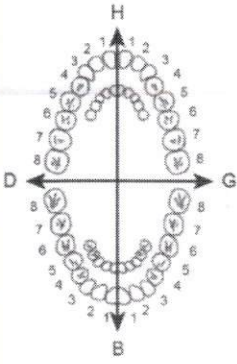
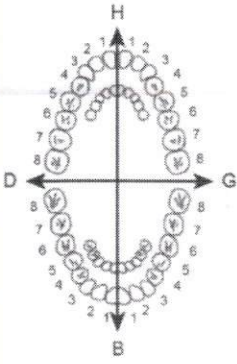
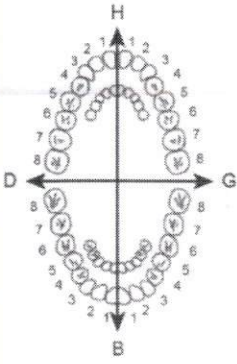
27, Av. Med. V Appt N°8, 1er Étage Meknès

el/Fax: 05.35.51.59.05 Email: abaik@outlook.com

ICE: 001-441-126006.8

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	18/10/21					1800,00
	20/23					

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES											
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d'occlusion.</p>											
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX					
			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 35533411 11433553 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>								
			(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS					
			DATE DU DEVIS								
			DATE DE L'EXECUTION								

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

INP : _____

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

VOLET ADHERENT

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

BEL OPTIQUE KHALIFA

OPTICIEN - OPTIMETRICE

N°11Bd.Dar Dbagh Bab Jdid – MEKNES

Tél : 05.35.53.31.49 / Gsm : 06.61.70.25.77

FACTURE N° : 9689 24

M. /Ou Mm : MAZOURI AZEDDINE

Meknès : Le 18/02/23

NOMENCL- ATURE	FOURNITURE	P.U.
	Monture : OPTIQUE	500.00
	Verres : PROGRESSIF AR	
403	<u>VISION DE LOIN</u> { OD : (140°-1.25)-1.00	650.00
404	OG : (20°-1.25)-0.75	650.00
	<u>VISION DE PRET</u> { OD :	
	OG :	
	ADDITION +2.50	
Arrêtée la présente facture a la somme de : MILLE HUIT CENT DHS		<u>TOTAL : 1800.00</u>

Docteur ABAIK Taoufik
Ophtalmologiste



Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
Strabismes - Chirurgie des voies lacrymales
Glaucome - Laser
Angiographie - Chirurgie Réfractive
Ancien Spécialiste à:
L'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès
CHU 20 Août Casablanca
Centre Hospitalier Lyon-sud France

الدكتور عبيك توفيق
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالفاكو
تقويم الحول وجراحة المسالك الدمعية
تصوير الأوعية الشبكية و العلاج بالليزر
تصحيح البصر بالليزر و زراعة العدسات
طبيب عيون سابق
بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل مكناس
بالمستشفى الجامعي 20 غشت بالدار البيضاء
وبمستشفى ليون - فرنسا

مكناس في : Meknès, le

14 février 2023

Mr. MAZOURI AZEDDINE

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = - 1.00 (- 1.25 à 140°)

OG = - 0.75 (- 1.25 à 20°)

VP : ODG = Add : + 2.50

نظارتي الجميلة خليفات
Bel Optique Khalifa
OPTICIEN - OPTIMETRISE
14, Bd. Dar Dbagh Bab Jdid
MEKNES - Tél : 05.35.53.31

الدكتور عبيك توفيق
DOCTEUR ABAIK Taoufik
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
Ophtalmologiste
27, Av. Med. V Appt N°9, 1er Etage Meknès
Tél/Fax: 05.35.51.59.05 Email: abaiktaoufik@gmail.com
ICE: 00174*11101*0

27, شارع محمد الخامس الرقم 9 الطابق الأول - مكناس

27, Av Med V App N°9, 1er Etage - Meknès

Tél/Fax: 0535 51 59 05 - Email: abaiktaoufik@gmail.com