

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9451 Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

Mazouzi Azeddine

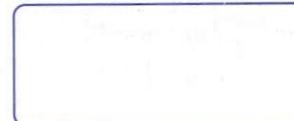
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066999999 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Mazouzi 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] :



# 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

- Reclamation : 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.

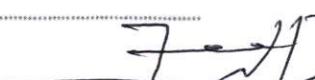
N° W19-512191

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 09451		
Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : M azouri Azzeddine		
Date de naissance : 28/02/1963		
Adresse : n° 50 Rue 6 Hay lalla sounkaima Zouaghia Haut - FES - Maroc		
Tél. : 0666 292999		
Total des frais engagés : 2050,-		
Cadre réservé au Médecin : DOCTEUR ABAIK TAOUTIFIK اخصائي في امراض وجراحة العيون Optalmologiste 27, Av.Med. V Appt N°9, 1er Etage Meknès Tél/Fax: 05.35.51.59.05 Email: abaiktaoutifk@gmail.com ICE: 00174-111000078		
Cachet du médecin : 14 FEV. 2023		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : M AZOURI AZEDDINE Age:		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan		
Nature de la maladie : Allégerion 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'adhérent 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) :



<b>VOLET ADHERENT</b>	
Déclaration de maladie	
N° W19-512191	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricole : 09451	
Nom de l'adhérent(e) : M azouri	
Total des frais engagés : 2050,-	

## 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
17/02/2013	CS	250 DH	INP : 131 168 544	Dr. ABAIK Taboufik DOCTEUR ABAIK Taboufik الدكتور عزيز توفيق أخصائي العيون Ophtalmologist 27, Av. Med. V Appart N°8, 1er Etage Meknès tell/Fax: 05.35.51.59.05 Email: abaitaboufik@mail.com ICE: 001 44 116 00678

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. ABAIK Taboufik OPTICIEN - OPTOMETRISTE 11, Bd. Dr. Dbagh 530 000 Meknès - Tel. : 05.35.53.31	18/02/2013 20/02					18000.00

## VOLET ADHERENT

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

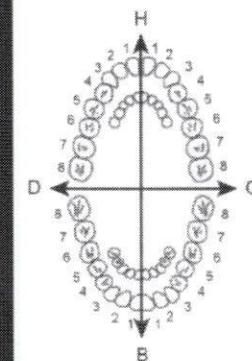
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

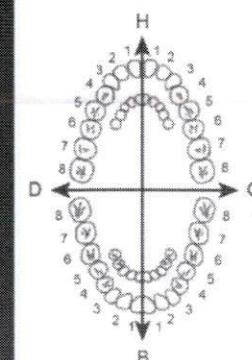
### Important :

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

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]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# DELO TIQU HALIT

## **OPTICIEN - OPTIMETRICE**

N°11Bd.Dar Dbagh Bab Jdid – MEKNÈS

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

NOMENCLATURE	FOURNITURE	P.U.
	<b>Mcnture : OPTIQUE</b>	500.00
	<b>Verres : PROGRESSIF AR</b>	
403	<b>VISION DE LOIN</b> $OD : (140^\circ - 1.25) - 1.00$	650.00
404	$OG : (20^\circ - 1.25) - 0.75$	650.00
	<b>VISION DE PRET</b> $OD :$	
	$OG :$	
	<b>ADDITION +2.50</b>	
<i>Arrêtée la présente facture a la somme de : MILLE HUIT CENT DHS</i>		<b>TOTAL : 1800.00</b>

**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**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة الجلاة بالفاكوا  
تقويم المول وجراحة المسالك الدمعية  
تصوير الأوعية الشبكية و العلاج بالليزر  
تصحيح البصر بالليزر و زراعة العدسات  
طبيب عيون سابق  
بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل بمكناش  
بالمستشفى الجامعي 20 غشت بالدار البيضاء  
ومستشفى في - قرنسا

Meknès, le ..... مكناش في :

**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

~~مختاراتي الجلدية~~  
~~Bel Opticien Khalifa~~  
~~OPTICIEN - OPTOMETRICE~~  
~~14, Bd. Dar Dbagh Beldjedid~~  
~~MEKNÈS - TÉL : 05.35.59.33~~

الدكتور عبيك توفيق  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
**DOCTEUR ABAIK Taoufik**  
Ophtalmologiste  
Meknès  
27, Av. MED. V Appart N°9, 1er Etage  
Tél/Fax: 05.35.51.59.05 Email: abaiktaoufik@gmail.com  
ICE: 0017441110610

27, شارع محمد الخامس الرقم 9 الطابق الأول - مكناش

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

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