

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

PRAFR05 /V2/20-10-2023

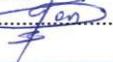
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]		Société : <i>ROYAL AIR MAROC</i>	
Matricule : <i>3151</i>	Actif <input type="checkbox"/>	Pensionné(e) <input checked="" type="checkbox"/>	Autre : <i>A 99732</i>
Nom & Prénom : <i>Abd CHAATI</i>	Date de naissance : <i>01/06/1956</i>		
Adresse : <i>Quartier EL pod S AV. IBN BADIS N° 91 CAYOLINE</i>			
Tél. : <i>0670523891</i>		Total des frais engagés : <i>380,00</i>	.Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <i>11 MARS 2024</i>	
Nom et prénom du malade : <i>OUMAJ S H. ABD</i>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>GP sans maladie</i>	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : *Allal Ben Abdellah*

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : *11/03/2024*



### 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
11/03/2024			280 dh	Dr. Jawad BEN MAHFOUD CHIRURGIEN DENTISTE Bd: Cheikh Saïd N° 22 Tétouan - Agadir Tel: 05 28 28 35 04 - 05 28 82 75 04 INP: 041023979 Dr. Jawad BEN MAHFOUD

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.03.24	130,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

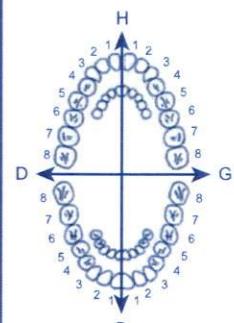
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

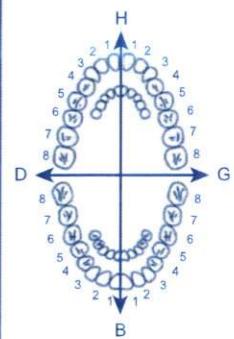
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



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

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



**Dr. Jawad BEN MAHFOUD**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des yeux**

جراحة الجلالة بالدبدبات الصوتية  
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر  
Chirurgie Réfractive

الفحص بالدبدبات الصوتية  
Mr OUAJIH ABD  
Echographie

**الدكتور جواد بن محفوظ**

**أخصائي في طب  
وجريدة العيون**

Agadir, le .....

11 mars 2024



**1/ HYFRESH COLLYRE**

1 goutte x4 /jour



130,00

mars 2024

130,00

طوبوغرافية القرنية  
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية  
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة  
Contactologie

تشخيص وعلاج جفاف العين  
بالضوء النابض

Diagnostic de la sécheresse oculaire  
et traitement à la lumière pulsée

**Dr. Jawad BEN MAHFOUD**  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Cheikh Saadi N° 133 Talborjt Agadir  
Tel: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04



**INPE**  
**042079327**

شارع الشيخ السعدي رقم 133 - تمديد -X- تالبورjt أكادير (مصحة تيفاوت)  
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Extension -X- Talborjt - Agadir ( Clinique Tifaoute )  
Tél.: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04 - 05 28 84 25 24 - الهاتف : Fax: 05 28 84 71 84  
الفاكس :



جراحة الجلالة بالدبيبات الصوتية  
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر  
Chirurgie Réfractive

الفحص بالدبيبات الصوتية  
Echographie

تصوير شرايين الشبكية  
Angiographie rétinienne

التصوير المقطعي البصري  
OCT

الليزر  
Laser

طوبوغرافية القرنية  
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية  
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة  
Contactologie

تشخيص وعلاج جفاف العين  
بالضوء النابض  
Diagnostic de la sécheresse oculaire  
et traitement à la lumière pulsée

**Dr. Jawad BEN MAHFOUD**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des yeux**

**الدكتور جواد بن محفوظ**

**أخصائي في طب  
 وجراحة العيون**

Agadir, le .....

11/03/2024

### NOTE D'HONORAIRES

ICE: 001651926000053

INPE: 041023979

Reçu du patient: Mr OUAJIH ABD la somme de **250 DH** pour consultation spécialisée.

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de **deux cent cinquante dirhams.**

*Dr. Jawad BEN MAHFOUD*  
OPHTALMולוג  
Bd. Cheikh Saadi N°133 Talborjt Agadir  
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 94

la somme de **250 DH** pour

la somme de **deux cent**

شارع الشيخ السعدي رقم 133 - تمديد -X- تالبورجت أكادير (مصحة تيفاوت)  
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Extension -X- Talborjt - Agadir ( Clinique Tifaoute )  
Tél.: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04 - 05 28 84 25 24 - الهاتف : Fax: 05 28 84 71 84  
الفاكس: