

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-710128

*par courrier*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2100		Société : 124286	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZIANE ZHOR			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0668633713		Total des frais engagés : 1254,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. ABOUTAYER Fouzi	
Ophtalmologiste	
66, Angle Av. Bir Anzarane & Med Ben Boujemâ	
Oujda - Tél. 056.68.58.68	
Date de consultation :	29 Mai 2022
Nom et prénom du malade :	ZIANE ZHOR
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Cycliste de face + Head
Age :	
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 :  
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29 Mai, 2022

## VOLET ADHÉRENT

### Déclaration de maladie

N° W21-710128

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 : 2100	1254,00
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	1254,00
Date de dépôt :	

# 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
1-9 Mai 2021	6		2809	INP : 081157018  Dr. ABOUTAYEB Faouzi Ophtalmologiste 65, Angle Av. Br Anzorane & Med Ben Boujema Oujda - Tél: 056 68 58 68

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIQUE LE PARIS JAMAL EDDINE ALI Tél 05 36 69 19 99 - Oujda RAHMANI SOAGHA PHARMACIE N°12, Souk Edhab	09/25/2022	X 600 600.00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Dentiste et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
OPTIQUE LE PARIS JAMAL EDDINE ALI Tél 05 36 69 19 99 - Oujda			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A vertical axis labeled H is at the top, and a horizontal axis labeled G is to the right. Arrows point from D (left) and				

**Dr.ABOUTAYEB Faouzi**  
OPHTHALMOLOGISTE  
ANGIOGRAPHIE LASER

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Grenoble (France)  
Maladies et Chirurgie des Yeux



الدكتور أبو طيب فوزي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
تصوير أوعية العيون -أشعة الليزر

خريج كلية الطب بكرنونيل (فرنسا)

Oujda, le .....  
M 21 Aout 2022

- 9 MAI 2022

## ORDONNANCE

73.40 X EYES OF 24/11 1 JU 2 mois  
28.60 Ocular dr of 19/11 2 mois  
58.60 Left of 24/11 1 JU 2 mois  
Ensuite 85.682 RAHMAN Abdessamad  
Rue El Mazouzi N°12 Souk Edhab  
OUJDA - Tel: 0532568553 PHARMA  
Dr. ABOUTAYEB Faouzi  
OPHTHALMOLOGISTE  
Angie Avenues Bir Anzarane  
et Med Ben Boujama N° 65 - OUJDA  
TÉL: 05 36 68 58 68



**Dr ABOUTAYEB FAOUZI**  
OPHTHALMOLOGISTE  
ANGIOGRAPHIE - LASER

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Grenoble [France]  
Maladies et Chirurgie des Yeux

65, Angle Avenues Bir Anzarane  
& Md ben Boujamâ - Oujda  
Tél. : 05 36 68 58 68



**الدكتور أبو طيب فوزي**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير أوعية العيون - اشعة ليفز

خريج كلية الطب بკორნიბ (فرنسا)

زاوية زنقي شارع بشر الزران وزنقة محمد بن يوجمة

الهاتف : 05 36 68 58 68 - وجدة

Oujda, le

- 9 MAI 2022

Mme :

2022 202

## ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

- SUR MONTURE
- NON TEINTE
- ORGANIQUES
- DOUBLE FOYER

- PROGRESSIF
- ANTIREFLET
- FORT INDICE
- PHOTOCHROMIQUE

Pour Voir au Loin

OD +0.50 (-125) -90°  
OG -0.75 (-125) -90°

Pour Voir au Près

OD  
OG

**OPTIQUE LE PARIS**  
OPTIQUE LE PARIS  
DR. ABOUTAYEB Faouzi  
OPHTHALMOLOGISTE  
65, Angle Av. Bir Anzarane  
Bir Anzarane - Oujda  
Tél: 05 36 68 58 68

# OPTIQUE

## “ Le Paris ”

AYAD Jamal

Opticien - Optométriste  
Adaptation lentilles de contact

Le 25.05.2021

M ZIA NE  
Z M O R

#### **4. Bd. Allal Ben Abdellah**

( Imm. le Paris - Face Cinéma le Paris )  
Tél.: 05 36 69 19 99 - Oujda

**Nº 00000399**

Ordonnance du Docteur FOUZI

<b>N° de nomenclature</b> <b>correspondant à la prescription</b>	<b>Loin</b> $\left\{ \begin{array}{l} \text{O D} = \dots \\ \text{O G} = \dots \end{array} \right.$
<b>D.F. Progressif</b>	<b>Près</b> $\left\{ \begin{array}{l} \text{O D} = \dots \\ \text{O G} = \dots \end{array} \right.$

## FOURNITURES

 Monture .....

**Verres** ..... A. BfW.

INPE  
085000248

**TOTAL**

Gen

Arrêter la présente Facture à la somme de : 5 - 7 Cent

*dil*

**OPTIQUE LE PARIS**  
JAMAL EDDINE AYAD  
05 36 69 19 90

RC : 33372 Patente : 10703158 CNSS : 6260799 TVA : 10607327  
ICE : 00154 630 10 00031 I.F : 10607237