

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 065081

138350

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8115 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MME BAGHO SOAO

Date de naissance :

Adresse : 3, rue Ibn KAZEM Maarif CARA

Tél. : 0660657309 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AITAZZAT ASSELHOUEN Age:

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Remboursement Complémentaire

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 : Casablanca Le : 14 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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.

NEXTCARE MAROC

NEXTCARE MOROCCO
28, Boulevard AL MASSIRA AL KHADRA 1er
ETG, Maarif
Casablanca
Tél: +212 5 20 48 64 00 Fax: +212 5 22 94 00 38
Email: Sinistremaroc@nextcarehealth.com

**Détails du Décompte de Remboursement*****T45D2ID15149555***

Payeur:	Allianz Maroc	Date:	22 Sep 2022
Police:	AIR FRANCE	Police #:	1400651
Sous Contrat:	AIR FRANCE	NUMERO DE MATRICULE	00079
Adhérent:	ABDELOUAHAD AIT AZZAT	ADHÉRENT Carte #:	0DDDB-B957-2A6B-0DEB
Transaction #:	18002260	OP #:	15149555

Bordereau#:	15098523	Date Réception:	15 Sep 2022	Libellé:	1400651 - GRAS SAVOYE
-------------	----------	-----------------	-------------	----------	-----------------------

Cher(e) **ABDELOUAHAD AIT AZZAT**

Merci de nous avoir envoyé votre demande de remboursement. Veuillez trouver ci-dessous le détail des paiements selon les conditions et les termes de votre contrat.

Bénéficiaire: ABDELOUAHAD AIT AZZAT
Produit: AIR FRANCE

Carte #: 0DDDB-B957-2A6B-0DEB

Référence #	Référence Secondaire #	Date	Fournisseur	Réclamé	Approuvé	Franchise	Co-part	PP Share	MONTANT DES FRAIS REMBOURSES	Dev
NCRM03427 84/1		15/07/22	Prestataire non	2.305,40	1.843,06	0,00	368,61	0,00	1.474,45	MAD
Consultations-CONSULTATION SPECIALISTE(1)				400.00	400.00	0.00	80.00	0.00	320.00	
Pharmacie et Vaccinations-PHARMACIE ORDINAIRE(1)				205.40	26.40	0.00	5.28	0.00	21.12	
Optique-MONTURE OPTIQUE(1)				900.00	750.00	0.00	150.00	0.00	600.00	
Optique-VERRES OPTIQUE(1)				800.00	666.66	0.00	133.33	0.00	533.33	
NR OPTIVE FUSION NR TVA										
SUB-TOTALS				2.305,40	1.843,06	0,00	368,61	0,00	1.474,45	MAD

Sous-Total	1.474,45 MAD	Equivalent de	1.474,45 MAD
------------	--------------	---------------	--------------

Allianz Maroc**1.474,45 MAD**Payer à: **ABDELOUAHAD AIT AZZAT**Le montant de: **Mille quatre cent soixante-quatorze Dirham Marocains quarante-cinq Centimes**

OP Remboursement #15149555, Transaction #18002260

22 Sep 2022***T45D3ID18002260***

BULLETIN DE SOINS

Ce formulaire doit être clairement rempli (tous les champs sont obligatoires)

ADMINISTRATIF (à compléter par l'Adhérent) Tél: (212) 5 20 486 400/ Fax: (212) 5 22 360 611

(ab. aitazzat@gmail.com)

Adhérent: **AITAZZAT AS delouche**

Tél: **0664 660 402**

Souscripteur/Numéro de police: **N° 1400651**

Bénéficiaire (si différent du souscripteur): **AITAZZAT AS delouche**

☐ Enfant ☐ Conjoint

Date de soins: / /

Date de naissance: **15/11/1956**

Sexe: **M.**

Numéro de carte/ Matricule: **10719**

Numéro de sinistres Externe:

SIGNES SUBJECTIFS (à compléter par le médecin traitant)

Symptôme(s) tel(s) que décrit(s) par le patient (plainte principale):

Date d'Apparition des Présents Symptômes: / /

Le patient, est-il sous traitement? ☐ OUI ☐ NON Si oui, précisez lequel et depuis quand:

EXAMEN CLINIQUE/DIAGNOSTIC (à compléter par le médecin traitant)

Données cliniques:

Signes Vitaux: TA: _____ Pouls: _____ T: _____ RR: _____ DDR: _____

Cause:

- ☐ Maladie physique ☐ Accident ☐ Maternité ☐ Prévention ☐ Psychiatrie ☐ Maladie professionnelle
☐ Maladie congénitale ☐ Stérilité I ☐ Stérilité II ☐ Autre: _____

Diagnostic: ☐ Aigu ☐ Chronique ☐ Confirmé ☐ Suspecté
PRÉCISEZ LE DIAGNOSTIC (PAS LE SYMPTÔME)

CODE APCI _____

CODE DU DIAGNOSTIC
(CIM10)

1.

2.

3.

Est-ce que le diagnostic est dû à une autre pathologie? ☐ OUI ☐ NON Si oui, précisez:

Est-ce qu'une hospitalisation est nécessaire? ☐ OUI ☐ NON Durée de séjour:

PLAN MEDICAL (les factures détaillées et les prescriptions originales/ vignettes ou notices/ rapports/résultats doivent être joints)

Consultation (C1, C2...)	Nom et cachet	Montant	Laboratoires/Radiologie	Nom et cachet	Montant
cafa	Dr. Dalila SBAI IL ALISSI	4000			
Pharmacie	Pharmacie AL MAWLID	205,00	<input type="checkbox"/> Actes médicaux et paramédicaux		
INP 092007996	Angle Rue Ibnou Katir et Abou Hassan Saghir		<input type="checkbox"/> Hospitalisation		
	Madrit Eclenton Casa - Tél: 0522 23 17 06		Date d'entrée: / /		
			Date de sortie: / /		

Dr. Dalila SBAI IL ALISSI

Nom du Médecin Traitant: **Ophthélmologiste**
84, Bd. My Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

Tél/Fax:

Signature et cachet: **Dr. Dalila SBAI IL ALISSI**
Ophthélmologiste
INPE: 091023100

Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire l'assureur en erreur entraîne la perte du droit à toute prestation.

Date et Signature de l'Adhérent:

PROTHESES ET SOINS DENTAIRES (à compléter par le dentiste)

Plainte principale et symptômes majeurs :

Diagnostic :

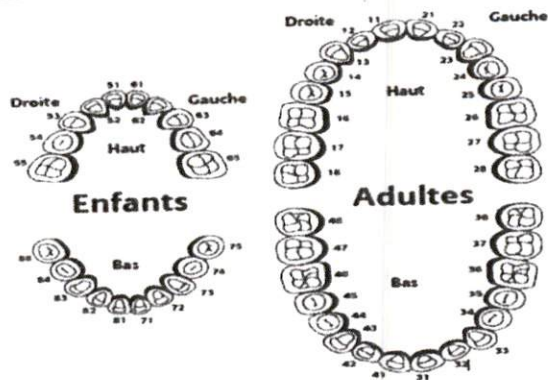
Code principal :

2^{ème} code :

3^{ème} code :

Autre diagnostic :

- ☐ AVP
 ☐ Accident de travail
 ☐ Accident de sport
☐ Orthodontie
 ☐ Congénital
☐ Préventif
 ☐ Hygiène



Indiquer l'intervention pratiquée en se servant des codes et des coefficients de la nomenclature générale et du croquis ci-dessus.

Code	Description /soin	Numéro de dent	Montant

Nom du Dentiste Traitant :

Date / /

Tél/Fax :

Signature et cachet :

Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire l'assureur en erreur entraîne la perte du droit à toute prestation.

Date : / /

Signature de l'Adhérent:

SOINS OPTIQUES (à compléter par l'ophtalmologue)



	ŒIL DROIT				ŒIL GAUCHE			
	SPH.	CYL.	AXE	PRISME	SPH.	CYL.	AXE	PRISME
De loin								
De près								

Spécification des Verres :

Spécification des Lentilles :

Montures ? ☐ OUI ☐ NON

Nom de l'Ophtalmologue Traitant :

Date: 15/07/2022

Tél/Fax :

Signature et cachet :

Dr. Dahlia GRAHDI

Ophthéologue
84, Bd. My. Drie
Tél 05 22 86

Dr. Dahlia GRAHDI
Ophthéologue
84, Bd. My. Drie 1er
Tél. 05 22 86 0910 2100

Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire l'assureur en erreur entraîne la perte du droit à toute prestation.

Date: 14-07-2022

Signature de l'Adhérent :

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste
Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie
Laser - Lentilles de contact
Phacoémulsification - Strabologie
Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة الساد (الجلالة)
بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 15 juillet 2022

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص
Mr AIT AZZAT Abdelouahed

179,00

OPTIVE FUSION

1 goutte x 3 par jour pdt 3 mois

26,60

STERDEX: PDE

1 application / jour, le soir au coucher x 7 j

205,40

dans les deux yeux

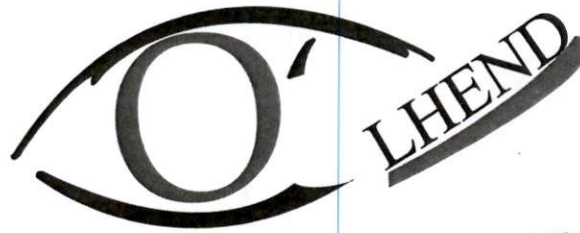
Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

Pharmacie AL MAWLID
Angle Rue Ibnou Katir
et Abou Hassan Saghir
Madin Extension Casa - Tél 0522 23 17 06



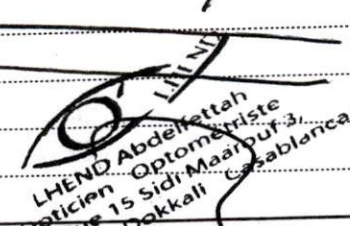
Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
84, Bd. M. Driss 1er
Tél 05 22 86 06 06



Facture N° 0004741

Casablanca, le : 16. 9. 2022

Mr (e) : AIT AZZAT ABDELMAHED

N° de nomenclature: VL _____ / VP _____	
Docteur : DALILA	
Monture : <u>Plastique</u>	<u>900.00</u>
Verres : <u>CRM APHEA Anti-reflex</u>	
OD : <u>8.00 - 1.75 + 3.00</u>	<u>800.00</u>
VL OG : <u>1.00 - 0.75 + 1.00</u>	
VP OD : <u>1.00 + 2.50</u>	
VP OG : _____	
Total : <u>1700.00</u>	
Arrêtée la présente facture à la somme de : <u>mille sept cent</u>	
	

LHEND Abdelkettah
Opticien Optométriste
170, Rue 15 Sidi Maarouf 3,
Aba Chouaib Doukkali - Casablanca

170, Bd Aba Chouaib Doukkali - Sidi Maarouf 3 - Casablanca

RC : 242266 - Patente : 34602206 - CNSS : 4913473 - IF : 45521215 - ICE : 001784537000020

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste
Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie
Laser - Lentilles de contact
Phacoémulsification - Strabologie
Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جراحة الساد (الجلالة)
بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le **15 juillet 2022**

Mr. ALTAZZAT Abdelboud مع الفحص

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Antireflets multi-couches, Amincis

VL : OD = +3.00 (- 1.75 à 85°)

OG = +1.50 (- 0.75 à 110°)

VP : ODG = Add : + 2.50

EIP : 58 mm

LIEND
LIEND Abdelkettah
Opticien Optométriste
170 Rue 15 Septembre
Aba chouaib Dokkali Casablanca

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
84, Bd. Moulay Driss 1er
Tél 05 22 83 06 03