

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

## Détails du Décompte de Remboursement

\*T45D21D15149555\*

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	
Transaction #:	18002260	Carte #:	0DDB-B957-2A6B-0DEB
		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	Carte #:	0DDB-B957-2A6B-0DEB
Produit:	AIR FRANCE		
<hr/>			
Référence #	Référence Secondaire #	Date	Fournisseur
NCRM03427 84/1		15/07/22	Prestataire non
<hr/>			
Consultations-CONSULTATION SPECIALISTE(1)			
Pharmacie et Vaccinations-PHARMACIE ORDINAIRE(1)			
Optique-MONTURE OPTIQUE(1)			
Optique-VERRES OPTIQUE(1)			
<hr/>			
NR OPTIVE FUSION NR TVA			
<hr/>		<b>SUB-TOTALS</b>	<b>2.305,40</b>
		<b>1.843,06</b>	<b>0,00</b>
		<b>368,61</b>	<b>0,00</b>
		<b>1.474,45</b>	<b>MAD</b>
<hr/>			
<b>Sous-Total</b>		<b>1.474,45</b>	<b>MAD</b>
		<b>Equivalent de</b>	
		<b>1.474,45</b>	
		<b>MAD</b>	

<b>Allianz Maroc</b>	<b>1.474,45 MAD</b>
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
<b>*T45D31D18002260*</b>	

## 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.altagat@gmail.com  
Tél: 0264 660402

Adhérent : AITAZZAT Abdellah	Date de soins : / /	Date de naissance : 15/11/1956	Sexe : M.
Souscripteur/Numéro de police : 1400651			
Bénéficiaire (si différent du souscripteur) : AITAZZAT Abdellah	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Conjoint		
Numéro de carte/ Matricule : 017191			
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:	<input type="checkbox"/> Maladie physique <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Maladie congénitale <input type="checkbox"/> Stérilité I <input type="checkbox"/> Stérilité II <input type="checkbox"/> Autre: _____
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnostic: <input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Suspecté	CODE APC1 _____	CODE DU DIAGNOSTIC (CIM10) _____
PRECISEZ LE DIAGNOSTIC (PAS LE SYMPTOME)		

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 émaillées/ vignettes ou notices/ rapports/résultats doivent être joints)

□ Consultation (C1, C2...)	Nom et cachet	Montant	□ Laboratoires/Radiologie	Nom et cachet	Montant
Dr. Dalia SRAKILASSI	INPE: 091023100	6000Dhs			
Pharmacie AL MAWLID	Dr. Dalia SRAKILASSI	205,40	<input type="checkbox"/> Actes médicaux et paramédicaux		
INP 092004996	Dr. Dalia SRAKILASSI		<input type="checkbox"/> Hospitalisation		
			Date d'entrée : / /		
			Date de sortie: / /		

Nom du Médecin Traitant : Dr. Dalia SRAKILASSI Ophtalmologue 84, Bd. My Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06	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.
Tél/Fax : _____	Date et Signature de l'Adhérent : _____
Signature et cachet : Dr. Dalia SRAKILASSI Ophtalmologue 84, Bd. My Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06	

# PROTHESES ET SOINS DENTAIRES (à compléter par le dentiste)

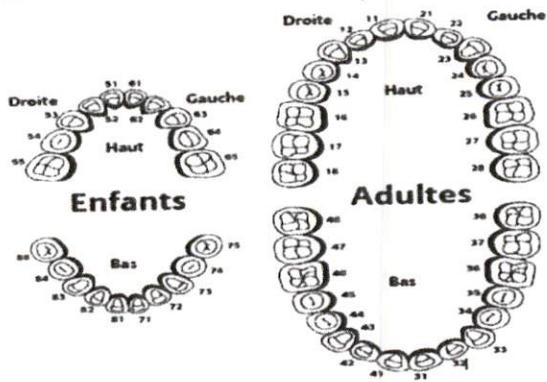
Plainte principale et symptômes majeurs :

Diagnostic :

Code principal : 2<sup>eme</sup> code : 3<sup>eme</sup> code :

Autre diagnostic :

- |                                      |                                              |                                            |
|--------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AVP         | <input type="checkbox"/> Accident de travail | <input type="checkbox"/> Accident de sport |
| <input type="checkbox"/> Orthodontie | <input type="checkbox"/> Congénital          |                                            |
| <input type="checkbox"/> Préventif   | <input type="checkbox"/> 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 :

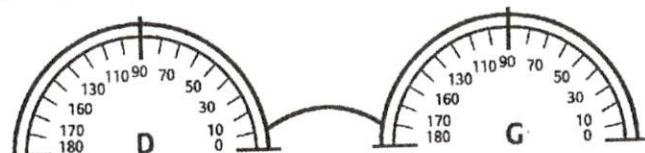
Date / /

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

Dr. Dakla SBAISSI

Nom de l'Ophtalmologue Traitant : Ophtalmologue  
84, Bd. My. Driss  
Tél 05 22 86

Date : 15/07/2022

Tél/Fax :

Signature et cachet : Dr. Dakla SBAISSI  
Ophtalmologue  
84, Bd. My. Driss 1er  
Tél 05 22 86 0946 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 IDRISI

Ophtalmologiste  
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 .....

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص  
Mr AIT AZZAT Abdelouahed

149,00  
OPTIVE FUSION.

Euro médic  
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

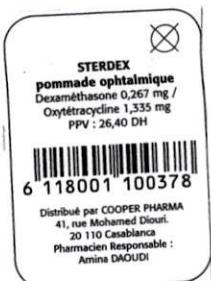
1 goutte x 3 par jour pdt 3 mois

Pharmacie AL MAWLID  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghir  
Maroc Casablanca Tél 0522 23 17 06

261,00 STERDEX: PDE

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

205,10  
dans les deux yeux



Dr. Dalila SBAI IDRISI  
Ophtalmologiste  
84, Bd. M. Driss 1er  
Casablanca  
Tél 05 22 86 06 06



Facture N° 0004741

Casablanca, le: 16. 9. 2022

Mr (e): AIT A 22AT ABDELLAH LHEND

N°de nomenclature: VL	/ VP	
Docteur :	DALILA	
Monture :	PlusGigie	90.00
Verres :	OD: +1.50 -1.75 +3.00 VL OG: +1.00 -0.75 +1.00	80.00
VP OD: OG:	+1.00 +2.00	
Total :	170.00	
Arrêtée la présente facture à la somme du: mille sept cent		

LHEND Abdellah  
Opticien Optométriste  
170, Rue 15 Sidi Maârouf 3,  
Aba Chouaib Doukkali Casablanca

170, Bd Aba Chouaib Doukkali - Sidi Maârouf 3 - Casablanca  
RC : 242266 - Patente : 34602206 - CNSS : 4913473 NIF : 45521215 - ICE : 001784537000020

## Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

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

Mr AIT AZZAT Abdelouahed  
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

Dr. Dalila SBAI IDRISI  
Ophtalmologiste  
84, Bd. Moulay Driss 1<sup>er</sup>  
Tél. 05 22 86 06 06 - GSM 06 62 77 77 56  
E-mail : dsbai2000@yahoo.fr • ICE : 001648675000045 • I.N.P.E : 091033100  
L'HEND Abdelfettah  
Optician Optometrist  
170 Rue 15 Septembre Casablanca,  
Abdou Chouaib Dokken