

## 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

- 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.

N° W21-771236

Laurene

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 3707X		Autre :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : AHINDAK		Abdelkhal	
Date de naissance : 09-07-53			
Adresse : ABADIR			
Tél. : 0657348440		Total des frais engagés : 1965,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16/11/2022			
Nom et prénom du malade : Ahindak			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age : 69
Nature de la maladie : Refraction		<input type="checkbox"/> Enfant	
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 : Abadie Le : 16/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Ah

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-771236
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 : 3707X  
 Nom de l'adhérent(e) : AHINDAK  
 Total des frais engagés : 1965,00  
 Date de dépôt : Poste / AADIR

### 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
16/11/22	CD+FO	1	300,00	INP : 041259286

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie H. DOURI Dr. RIAHI HRP Asmaa Lot 1, Barmat 1, Lotiss. Mouda Al Meknès - Tel: 05 26 24 55 16 INPE: 042080317	16/11/22	65,00

### 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	
OPTIQUE Achbar Khadja Opticienne - Optométriste Bloc 3 Hay Sidi M'hamed, Hassan II, Al Melou Tel: 05 25 10 09 23 / 06 60 40 85 50	17/11/22		1600,00 DH

### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Ait Melloul Le:

16/11/2022

## ORDONNANCE

NOM ET PRENOM : AHINDAK ABDELLAH



**1-Lunettes pour vision de loin + monture adaptées + filtre adaptés**

OD : +0,75 (-1,00 à 80°)

**OG :** +0,75 (-0,75 à 85°)

Add : +2,50 ODG pour vision de prés

65,00

2-Oxyal 1gttx4/jour

6518

Yassine  
Ophthalmo  
33, Rue  
Tél : 05 28 24 57 20

OPTIQUE AARAB  
Achbar Khadija  
réspticienne - Optométriste  
Bloc 3 Hay Sidi Mimoun Kassab Taher Att. Melloul  
Tél: 05 25 10 C J 21 06 60 40 85 50

24 عمارة لمزار، فوق امنية بنك، شارع الحسن الثاني (طريق تزنيت) - أيت ملول  
24 imm Lemzar (au dessus de umnia bank) Avenue Hassan 2 (rte de tiznit) - AIT MELLOUL  
Tél : 05 28 24 97 20 - Gsm : 06 07 78 69 63

**Dr. MASLIK YASSINE**  
Ophtalmologiste  
Spécialiste des maladies et  
Chirurgie de l'Œil  
Enfants et Adultes



الدكتور مسليك ياسين  
طبيب اختصاصي في  
أمراض وجراحة العيون  
البالغين والأطفال

Ait Melloul Le: 16/11/2022

### NOTE D'HONORAIRES

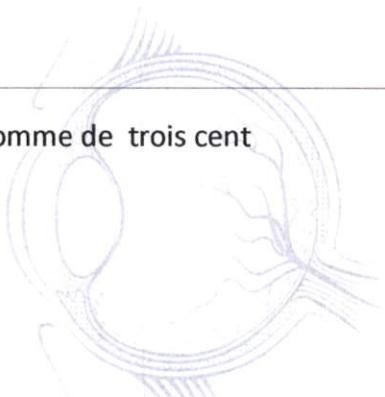
**NOM ET PRENOM :** Ahindok Abdellah

CONSULTATION + FO ..... 300.00DH

TOTAL..... 300.00DH

Cette note d'honoraire est arrêtée à la somme de trois cent

Dr. MASLIK YASSINE  
Ophtalmologiste  
Spécialiste des maladies et  
Chirurgie de l'Œil  
Enfants et Adultes  
24, Avenue Hassan 2 (rte de tiznit)  
Tél : 05 28 24 97 20 - Gsm : 06 07 78 69 63



24 عمارة لمزار، فوق امنية بنك، شارع الحسن الثاني (طريق تزنيت) - أيت ملول  
24 imme Lemzar (au dessus de umnia bank) Avenue Hassan 2 (rte de tiznit) - AIT MELLOUL

Tél : 05 28 24 97 20 - Gsm : 06 07 78 69 63

# OPTIQUE

## AARAB

Facture N°: 000117/2022

Client: AHINDAK ABDELLAH

Date: 17/11/2022

Désignation		Montant
Verres	OD	+0.75 (-1.00 à 80°) <b>550.00 DH</b>
	OG	+0.75 (-0.75 à 85°) <b>550.00 DH</b>
	ADD	+2.50
Type de verre	<b>ORGANIQUE ANTI-REFLET ANTI-LUMIERE BLEU PHOTOCHROMIQUE</b>	
Monture	Métallique <b>500.00 DH</b>	
	Total HT	
	TVA	
	<b>Total TTC</b>	

OPTIQUE AARAB  
Achbar Khadija  
Opticienne - Optométriste  
BLOC 3 Hay Sidi Mimoun  
Tél: 0525 10 09 23 / 06 60 40 85 50

Arrêté la présente facture à la somme de : **MILLE SIX CENTS DIRHAMS.**

HAY SIDI MIMOUN BLOC 3

Patente: 49810640

RC: 23481

80150 AIT MELLOUL

ICE: 002820340000088

Tel: 0525100923

INPE: 045030269

IF: 50294905