

## 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

- 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



*Pour complément*

## Déclaration de Maladie

N° W21-773323

142845

C

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10302

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ENOUSKI Abdellmajid

Date de naissance :

15/07/1963

Adresse :

93, RE8A FLOURY, 1PT 29

Télé. :

066030 88 85

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : *Ville*

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-773323

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

*Pour complément*

#### **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
.....	.....	.....	.....	INP : .....   .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, 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	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Chen Qihua (陈启华)

• 第九章的內容請參見第11頁(第2刷)或第304頁

Digitized by srujanika@gmail.com

[View all posts by admin](#) | [View all posts in category](#)

Wolff, G.: 1984, 'The Physics of the Earth's Interior', *Rev. Geophys.* **22**, 1-26.

2020 RELEASE UNDER E.O. 14176

Beaujolais

AO 10/1880 Date of marriage Date of exposure 280+ 280+ DH  
Serial No. C 92784

卷之三

022683



#### Conclusion





Dr. Fadela MAHDI  
Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
Angiographie numérique  
Laser - OCT  
Examen en optique minérale  
d'instruction Mohamed V - Rabat



الدكتورة فضيلة مهدي  
احسالية في أمراض وجراحة العيون  
تصوير لأوعية المريع - الليزر  
فحص الشبكة بالليزر  
طببة سابقة بالمستشفى العسكري  
الدراسي محمد V - الرباط

KHALESI NADIA  
Kéfira, le 22/02/2022

29.00

J. Pure collège

un goutte x 30 ml 0.05

par 6 mois

PPC 79,00 DH

LOT 0010421  
2024 04



Dr. Fadela MAHDI  
Ophtalmologue  
Av. A. Mohamed V n° 9  
1000 Kéfira  
Téléphone : 0537 39 42 40

شارع محمد الدبيوري زنقة أميرة عاشرة عمارة التخييل الطلاق الأول رقم 9 - القصبة.

**Dr. Fadela MAHDI**  
**Ophthalmodiagliste**  
 Maladies et chirurgie des yeux  
 Angiographie numérisée  
 Laser - OCT  
 Ex attachée à l'Hôpital militaire  
 d'instruction Mohamed V - Rabat

الدكتورة فضيلة مهدي  
 اختصاصية في أمراض و جراحة العين  
 تصوير لأوعية المرقون - الليزر  
 فحص الشبكة بالليزر  
 طلبية ساقية بالمستشفى العسكري  
 الدراسي محمد V - الرباط

CABINET

D'OPHTHALMOLOGIE

طب العيون

KHANOUN

Kénitra

Dr. Fadela

Ophthalmodiaglogue

Mohamed Daoui &

Imrane Amakhlal

31 39

42 40

NADIA

29/05/2022

Correch'cew il'cicew kew

$$O_1 = -0,25 \text{ C} - 0,25 \text{ C} 45^\circ$$

$$-0,50 \text{ C} 45^\circ$$

il'cicew pcf

$$O_2 = add + 0,48$$

Dr. Fadela MAHDI  
 Ophthalmodiaglogue  
 Rue Amine Aitouni  
 Kénitra  
 Tel: 05 37 39 42 00

شارع محمد الديوري زنقة اميرية عاشرة عمارة التخييل الطابق الأول رقم 9 - القنيطرة.

# Confort Optique

17, Rue El Hansali Mag N° 1 (Près de C.T.M)  
Kénitra - Tél. : (05) 37 36 60 90

R.C. : 45468 - Patente : 201 10 942  
I.F. : 288 23 742 - CNSS : 65 85 262

Kénitra, Le

25/10/2022

## FACTURE

CONFORT OPTIQUE  
MECHICH ALAMI Opticien Optométriste  
Opticien Optométriste  
17, Rue El Hansali, Mag N° 1  
Kénitra - Tél. : 05 37 36 60 90  
I.C.E : 288 23 742  
N° 0787  
Prix Espece

M. KHAYIR

Dr. FADEL RAHDI

RAHDI A

### VISION DE LOIN

OD: Sph -0,25 cyl

(-0,25)

OD: Sph

cyl

OG: Sph Plen cyl

(-0,50)

OG: Sph

cyl

ADD: +0,75

cyl

ADD: +0,75

cyl

ADD: +0,75

cyl

ADD: +0,75

cyl

### VISION DE PRES

### QUANTITÉ

### DESIGNATION

### PRIX

Monture :

1000,00 DH

Verres : organique Anti Reflex

500,00 DH

V2. organique Anti Reflex

500,00 DH

### MONTANT (en lettres)

Total TTC :

2200,00 DH

Cachet Signature

CONFORT OPTIQUE  
MECHICH ALAMI Kaoutar  
Opticienne Optométriste  
17, Rue El Hansali, Mag N° 1  
Kénitra - Tél. : 05 37 36 60 90  
I.C.E : 288 23 742  
N° 0787  
Prix Espece



## **Quittance De Remboursement Maladie – Maternité**

Société	: AXA FRANCE IARD	N° de sinistre	: 92393008
Contrat n°	: 010 070171 / 00	N° dossier	: 7769770
N° d'affiliation	: 2648	Date de survenance	: 22/10/2022
Matricule Société	: 0	Date de traitement	: 09/11/2022
Assuré	: KHAYER NADIA	Date de remboursement	: 10/11/2022
Bénéficiaire	: KHAYER NADIA	Médecin	: *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	250,00	250,00	0	90,00	0,00	225,00
VERRES	1 200,00	1 000,00	0	90,00	0,00	900,00
MONTURE	1 000,00	833,33	0	90,00	0,00	749,99
	2 450,00	2 083,33			0,00	1 874,99

Observations : nr tva + pure

### **Informations :**