

## 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

- Reclamation : 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)

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-806601

*Conseil*

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1503 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boutahar Fatima

Date de naissance :

1958

Adresse :

Lot. Ennasr Rue 18 N° 12 - Tanger

Tél. : 06.19.95.62.86

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. EL HALIMI Redouane  
OPHTALMOLOGISTE  
Place Mly Abdelaziz Imm. Ennasr  
3ème Etage -TANGER  
05 39 94 29 29

Date de consultation :

03/07/2023

Nom et prénom du malade :

Boutahar Fatima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Améthyste HALIMI Redouane  
OPHTALMOLOGISTE  
Place Mly Abdelaziz Imm. Ennasr  
3ème Etage -TANGER  
05 39 94 29 29

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 :

Le : 1/7/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*HB*

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Ed. Marinil Dc: Mouicha Tél: 85 39 31 06 64 TANGER	03.07. 23	= 191.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

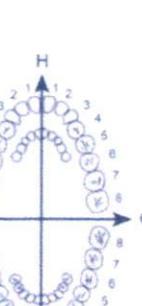
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Béchot et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
Opticien Ophtalmologue Optométriste 11-09-99	24/07/23	V2 = 01	1 heure 02 v. oxy	transférée	400	1202 12.00 Sav 300 3300.00	
		V2 = 01	1 heure 02 v. oxy	3400	11407		

#### 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Dr. EL HALIMI Rédouane**

Ophtalmologiste - Chirurgien

Diplômé de la Faculté de médecine de Rabat  
Ex. Ophtalmologiste au CHU  
Ibn Sina .Souissi - Rabat  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



**الدكتور رضوان الحليمي**

اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط  
اختصاصي سابق بمستشفى ابن سينا  
السوسيي الرباط  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Tanger, le : ..... طنجة، في :

**03 juillet 2023**

**Mme BOUTAHAR Fatima**

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Organiques  
Antireflets+ transition**

Vision de loin :

OD = Plan

OG = (-1.50 à 50)

**2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs  
IMPLANT**

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

OPTIQUE AL HOUSSR  
Rue M'saâdi N° 14  
Tél/Fax. 039 94 29 29 - TANGER



ساحة مولاي عبد العزيز، عمارة النصر، بجوار مسجد بدر  
الطابق 3 شقة 10 (فوق مخبزة فرومباواز) - طنجة

Place Mly Abdelaziz, Imm. Al Nasr, à-côté mosqué Badr  
Etage 3, Appt 10 (au-dessus pâtisserie Framboise) - TANGER  
0539 94 29 29 - 07 06 06 21 88 - redouaneelhalimi@gmail.com

**Dr. EL HALIMI Rédouane**

**Ophtalmologiste - Chirurgien**



Diplômé de la Faculté de médecine de Rabat  
Ex. Ophtalmologiste au CHU  
Ibn Sina .Souissi - Rabat  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

**الدكتور رضوان الحليمي**

**اختصاصي في طب وجراحة العيون**

خريج كلية الطب بالرباط  
اختصاصي سابق بمستشفى ابن سينا  
السوسيي الرباط  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Tanger, le : ..... طنجة، في:

**03 juillet 2023**

**Mme BOUTAHAR Fatima**

*157.00*  
THÉALOSE



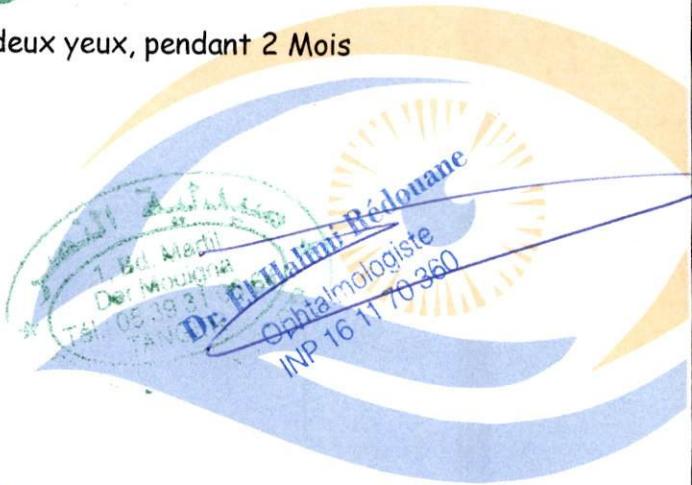
1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

*34.00*  
LIPOSIC GEL



1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

*191,00*



ساحة مولاي عبد العزيز، عمارة النصر، بجوار مسجد بدر  
الطابق 3 شقة 10 (فوق مخبزة فرومباواز) - طنجة

Place Mly Abdelaziz, Imm. Al Nasr, à-côté mosqué Badr  
Etage 3, Appt 10 (au-dessus pâtisserie Framboise) - TANGER  
0539 94 29 29 - 07 06 06 21 88 - redouaneelhalimi@gmail.com

# OPTIQUE AL YOUSR

14- RUE M'SALLAH - TANGER TEL : 0539 94 74 32

**CODE INPE**

165006487



**Client**

**BOUTAHAR FATIMA**

		Sph	CYL	Axe	Add
Loin	OD:	PLAN			+2,50
	OG:	0	-1,50	50	+2,50
Près	OD:	+2,50			
	OG:	+2,50	-1,50	50	
Lentille	OD:				
	OG:				

Date : 24/07/2023

FACTURE N° : 2023 / 0141

**Caractéristique des verres : VL+VP**

Quantité	Désignation	Prix.U	Total TTC
1	Monture Optique VL	700,00	700,00
2	Verres Org transition ar 400/407	900,00	1800,00
1	Monture Optique VP	500,00	500,00
2	verres org blc 401/407	150,00	300,00

**Total HT**

2 750,00 DH

**TVA 20%**

550,00 DH

**Net à régler**

3 300,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**TROIS MILLE TROIS CENTS DIRHAMS**

OPTIQUE AL YOUSR  
RUE M'SALLAH N°14  
TANGER  
TAF

OPTIONAL YOUSR  
RUE M'SALLAH N°14  
TANGER  
TAF  
0539 94 74 32

3

•

STERILE A

Date de fab /

05.2022  
04.2025  
732  
متى  
 صالح  
إلى  
Date Exp /  
 صالح إلی<sup>ا</sup>  
Lot /

تاريخ أول شتـج

Distributeur au Maroc par :  
SOTHEMAB - Laboratoires  
BP. N°1, 27182 Boussouira - Maroc  
PPC : 157.00 DH

VK2/62C10WAK/0/22

Détenteur de la décision d'homologation :

Laboratoires Théa  
12, Rue Louis Blériot  
63017 - Clermont-Ferrand

بادرة المستلزم الطبي:

110

Théâtre

Digitized by srujanika@gmail.com

LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

