

# 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.

N° W21-824502

|   |  |   |                                 |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie        | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)          |  |   |                                 |
| Matricule : <u>1221</u>                 | Société : <u>EL BROJI MUSTAPHA</u>               |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif          | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            | <u>182 189</u>                  |
| Nom & Prénom : <u>EL BROJI 30/09/49</u> |  |   |                                 |
| Date de naissance : <u>30/09/49</u>     |  |   |                                 |
| Adresse : <u>172 BD MED VI TANGER</u>   |  |   |                                 |
| Tél. <u>0671343406</u>                  |  |   |                                 |
| Total des frais engagés :               |  |   | <u>1120,90</u>                  |
| Dhs                                     |  |   |                                 |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Autorisat. CNDP N° : AA 215/2019  | Cadre réservé au Médecin  |  |  |
|   | DR. GUSSOUS M. B.<br>OPHTALMOLOGIE<br>Av. De la Résistance - Tanger<br>Tél.: 05 39 34 00 66 |  |  |
| Cachet du médecin :   |   |  |  |
| Date de consultation : <u>25 OCT. 2023</u>  |   |  |  |
| Nom et prénom du malade : <u>EL BROUJI MUSTAPHA</u>   |   |  |  |
| Age : <u>73</u>   |   |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |   |  |  |
| Nature de la maladie : <u>Retinopathie</u>  |   |  |  |
| 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 : El Boujed Le : 25/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : El Boujed

|   |               |
|---|---------------|
| VOLET ADHERENT  |               |
| Déclaration de maladie  | N° W21-824502 |
| 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 : 1221  
Nom de l'adhérent(e) : EL BROJI  
Total des frais engagés : 1120,90  
Date de dépôt :

### 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                           |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25 OCT. 2023    | CS                | 1                     | # 300 H                         | INPE - 161028345<br>DR. GUESSOUS M. B.<br>OPHTALMOLOGIE<br>Av. De la Résistance - Tanger |

### EXECUTION DES ORDONNANCES : 06 39 34 00 00

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE PLACE DES NATIONAUX<br>Dr. Sophia - Tanger - Tanger - Tanger<br>Rés. Rokaya Av. 33 91 | 25/10/2023 | 820,90                |

### ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particier | 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 pte de préciser la dent traitée. l'acte pratique 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"/>      |   |
|  |  |  |             | Début d'exécution <input type="text"/>       |   |
|  |  |  |             | Fin d'exécution <input type="text"/>         |   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                      | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |             |  | Coefficient des travaux <input type="text"/>      |
|  | H  | 25533412 21433552<br>00000000 00000000 | G           | <input type="text"/>                         |   |
| D  | 00000000 00000000<br>35533411 11433553   | B                                      |             |  |   |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             |  | Montants des soins <input type="text"/>           |
|  |  |  |             |  | Date du devis <input type="text"/>                |
|  |  |  |             |  | Date de l'exécution <input type="text"/>          |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |  |  |             |  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Med. Bensalem GUESSOUS

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes

Ex. Attaché au C.H.U de Nantes

Maladie et Chirurgie des Yeux

Strabisme. Angiographie. Laser

Chirurgie Réfractive



الدكتور محمد بنسالم جسوس

الخصاصي في أمراض و جراحة العيون

أجريح كلية الطب (بنات - فرنسا)

تصوير أوعية العيون - لازر

25 OCT. 2023  
Tanger, le ..... طنجة في

7r Bessifi Metapha.

45,90

7 Ciloxan Cope SV



1 poette x 6j 0G 18

105,70

4 Cope Cope

1 poette x 6j 0G 18

140,00

3/ Nigocaine 10

SV

SV

265,00x2 = 530,00 Ml x 4j 0G 0G

4/ Acetofenac 800mg

SV

820,901 Cope x 4j 0G 0G

أدوية المخبرة (كيفيدو سابقا) إقامة لاصحراوية الطابق الأول - الهاتف: 0539 34 00 66 - طنجة

64, Av. de la Résistance (ex.Quevedo) Résidence Sahraouia 1er Etage - Tél.: 05 39 34 00 66 - TANGER

E-mail: bensalemgues@msn.com - البريد الإلكتروني : 0662 09 09 46 - Urgences : المسبلات

LOT

R 00122  
2025/06

PPC:105,00



6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sothema  
PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO  
406434

Lot 480559  
Fab 01/2023  
EXP 01/2026

₹65,00