

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 051475

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2401 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENALLAL ZOHRA

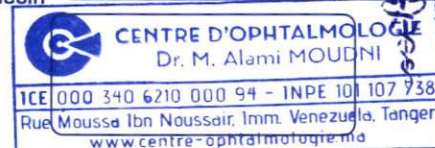
Date de naissance : 01/07/1970

Adresse : 21 Rue Rachid Ben Ahmed Tauger

Tél. : 0661365161 Total des frais engagés : 2245,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



12 AVR. 2021

ACCUEIL

Date de consultation : 22/03/21

Nom et prénom du malade : BENALLAL ZOHRA Age : 41

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Amélioration

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 : Tauger Le : 22/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : BZ

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-051475

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 : 2401

Nom de l'adhérent(e) : BENALLAL ZOHRA

Total des frais engagés : 2245,00

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
22/3/21	2		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/03/21

14500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

30/03/21

1800,00

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

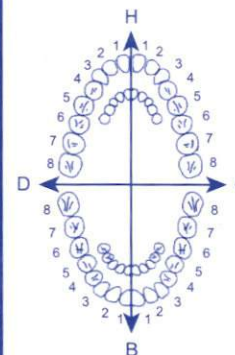
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

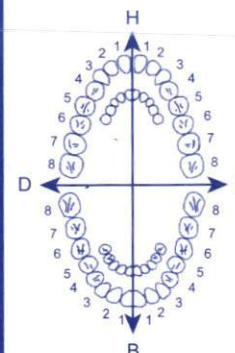
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE

Dr. M. Alami MOUDNI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat



مركز طب العيون

الدكتور علمي مودني محمد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
خريج كلية الطب بالرباط

22 mars 2021

Mme BEN ALLAL Zohra

145,00

AQUALARM COLLYRE

1 g 3 fois / j, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

BAUSCH + LOMB

Aqualarm® U.P.

Intensive

Solution ophtalmique 10 mL

ZENITH Pharma

PPC : 145,00 DH

INDE 101 107 738

PHARMACIE AL KANTARA
AL KANTARA DE BEN MOUDNI
EN FACE LA MOUSSAIB EL BOCH
TEL : 05 39 93 94 86
TANGER

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
Dr. M. Alami MOUDNI
Rue Moussa Ibn Noussair Imm. Venezuela
www.centre-ophtalmologie.ma
Tél : 000 640 6210 1111 94 - 101 107 738



Rue Moussa Ibn Noussair, Imm.
Venezuela, 3^{ème} Etage, Nr. 69
90 010 Tanger | Maroc

زنفة موسى بن نصير
عمارة فنزويلا، الطابق 3
رقم 69، طنجة المغرب

05 39 93 92 22
08 08 51 99 37
06 71 65 28 25

info@centre-ophtalmologie.ma
www.centre-ophtalmologie.ma

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE

Dr. M. Alami MOUDNI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat



مركز طب العيون

الدكتور علمي مودني محمد

اختصاصي في أمراض وجراحات العيون
خريج كلية الطب بالرباط

22 mars 2021

Mme BEN ALLAL Zohra

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = - 1.25 (- 1.00 à 82°)

OG = - 1.25 (- 0.75 à 70°)

VP : ODG = Add : + 2.50

OPTIQUE FLOPENCIA
AZARKAN ABRI
Opticien Opticien
8, Av. Principale 21 62 Tanger
Ben Dibane Tel 06 71 65 28 25



INPE 101 107 738



Rue Moussa Ibn Noussair, Imm.
Venezuela, 3^{ème} Etage, Nr. 69
90 010 Tanger | Maroc

لبنة موسى بن نصير
عمارة فنزويلا، الطابق 3
رقم 69، طنجة المغرب

05 39 93 92 22
08 08 51 99 37
06 71 65 28 25

info@centre-ophtalmologie.ma
www.centre-ophtalmologie.ma

FACTURE N° 0068/2021
Tanger, le 30 Mars 21

Client : BEN ALLAL ZOHRA

Qté	Désignation	Prix U.	Prix Total T.T.C.
	<i>Verre organique progressif superfin antireflets.</i>		
1	OD : (-1,00 à 82°)-1,25 ADD +2,50	600,00	600,00
1	OG : (-0,75 à 70°)-1,25 ADD +2,50	600,00	600,00
1	Monture optque	600,00	600,00
TOTAL T.T.C.			1 800,00

Arreté la présente Facture à la somme de : Mille huit cent dirhams.

OPTIQUE FLORENCIA
BEN ALLAL ZOHRA
8, AV. PRINCIPALE Q. FLORENCIA
Ben Dibane Tél: 0539 312 162