

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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

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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 051475

56549

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2401

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN ALLAL ZOHRA

Date de naissance : 01/07/50

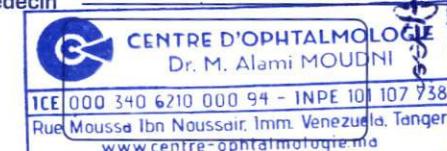
Adresse : 21 Rue Rahel Ben Ahmed Tanger

Tél. : 0661365161

Total des frais engagés : 2245,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



12 AVR. 2021

ACCUEIL

Date de consultation : 22/03/21

Nom et prénom du malade : BEN ALLAL ZOHRA

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 : Tanger

Le : 22/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

BZ

## VOLET ADHÉRENT

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) : BEN ALLAL ZOHRA

Total des frais engagés : 2245,00 Dhs

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
29.3.20	C		300,00	

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARIBI AL KANTAR DE MOSQUEE EN FAZEL TANGER TEL: 05 39 95 94 86	22/03/2021	14500

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>OPTIQUE FLORENCIA</i> <i>17444 RUE ABDES SAM</i> <i>Opticien Optique Florencia</i> <i>tel: 05 53 31 21 62 Tarn</i>	30/03/21					1.800,00

#### VOLET ADHERENT

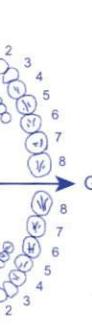
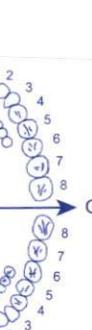
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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'OI.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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 موزني 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**

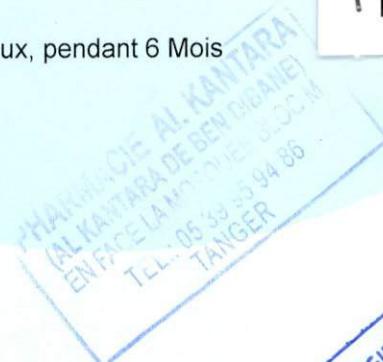
**Aqualarm® U.P.**

**Intensive**

Solution ophtalmique 10 ml

**ZENITH Pharma**

**PPC : 145,00 DH**



INPE 101 107 738



Rue Moussa Ibn Noussair, Imm.  
Venezuela, 3<sup>ème</sup> Étage, Nr. 69  
90 010 Tanger | Maroc

زنقة موسى بن نصیر  
عمراء فنور لـ الطابق 3  
رقم 69، طلحة 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 موزنی محمد  
اختصاصي في أمراض وجراحة 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 FLOENCIA  
AZARKAN AMR  
Opticien Optique  
8, AV. Principal  
Tanger 21620 Florencia  
Ren Dibane Tel: 0537 21 62 Tanger



Rue Moussa Ibn Noussair, Imm.  
Venezuela, 3<sup>eme</sup> Étage, Nr. 69  
90 010 Tanger | Maroc

زنقة موسى بن نصیر  
عمراء فندق الظاهري  
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	<i>Monture optque</i>	600,00	600,00
<b><i>TOTAL T.T.C.</i></b>		<b><i>1 800,00</i></b>	

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

OPTION FLORENCIA  
8, AV. PRINCIPALE QUARTIER FLORENCIA  
Ben Dibane Tel 0539 31 21 62 Tanger