

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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 caractére 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

Nº M20- 0003759

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1212 Société : RAM 78453

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : CHAOUKI AZIZ ASDELLATI

Date de naissance : 25.04.1949

Adresse : LOT Basalabale 48 AIN DIAB CASA

Tél. : 0662889855 Total des frais engagés : 4650 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/2021

Nom et prénom du malade : Takkari Naima Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Amelioration

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

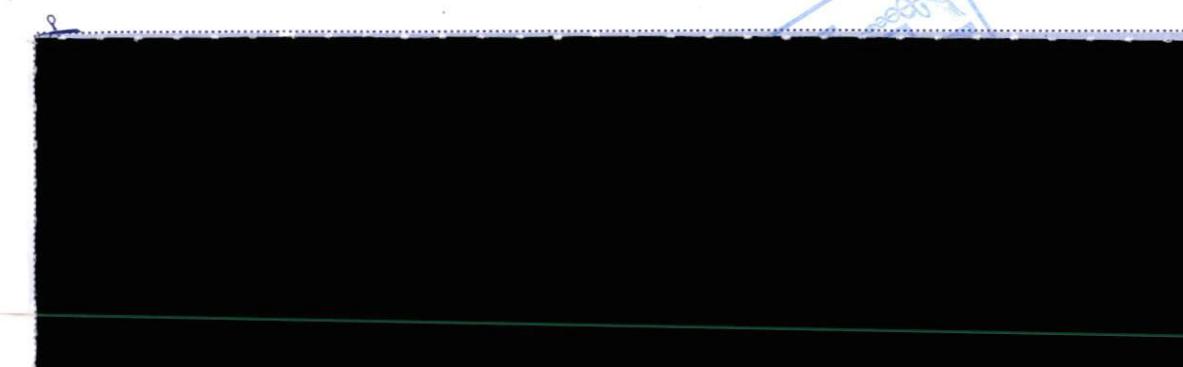
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
15.10.2018	S		25.6.DH	DR MAZROUH Optogiste Ophthalmologist Dr. Abbad Appl. Rue Moualamid 109 TANGER Tel : 05 39 32 11 97 Fax : 161132931

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

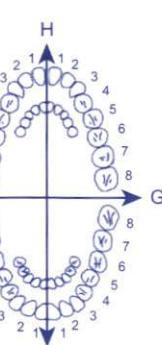
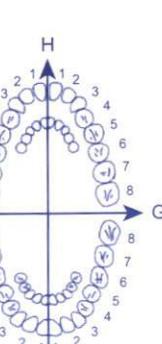
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<del>ALIA VISION 142 avenue Anatole France www.ALIAVISION.FR</del>	18/6/21					<del>44000 Dh</del>

## **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

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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr.Assia Mazrouh ep. Snoussi**

**Ophthalmologiste**

Médecine et Chirurgie des Yeux

Angiographie - Laser

Diplômée de la Faculté de  
Médecine et de Pharmacie de Rabat

*Expertise Assermentée*



**الدكتورة آسية مزروع السنوسى**

**اختصاصية في أمراض وجراحة العيون -**

**أشعة الليزر**

**خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط**

**خبيرة محلفة**

**15 juin 2021**

Tanger, le: ..... طنجة في

**Mme JAWHARI Naima**

**CLARASTILL**

1 goutte x3/ jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



**Tél.:05 39 32 11 97**

**7, Imm. Ibn El Khatib A - Rue El Mouatamid Ibn Abbad N° 37 - Tanger  
Urgences: 06 61 200 905 \* E-mail:assiamz@yahoo.fr**

**Dr.Assia Mazrouh ep. Snoussi**

**Ophthalmologiste**

Médecine et Chirurgie des Yeux

Angiographie - Laser

Diplômée de la Faculté de  
Médecine et de Pharmacie de Rabat

Expertise Assermentée



**الدكتورة آسية مزروع السنوسى**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أشعة الليزر

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

خبيرة مجلفة

15 juin 2021

Tanger, le ..... طنجة في

**Mme JAWHARI Naima**

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

VL : OD = + 0.75 (- 0.50 à 90°)

OG = + 1.25 (- 0.75 à 60°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.75



Tél.: 05 39 32 11 97

7, Imm. Ibn El Khatib A - Rue El Mouatamid Ibn Abbad N° 37 - Tanger  
Urgences: 06 61 200 905 \* E-mail: assiamz@yahoo.fr

**ALIA VISION**  
**www:aliavision:ma**  
142; AVENUE ANFA  
90060 TANGER  
Tél: 00212 538 85 94 94 / 00212 619 19 82 82  
Fax:



FACTURE COMPL. N° : F107113

Date : 18/06/2021

**BENEFICIAIRE**

Nom et prénom : **JAWHARI NAIMA**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

**Prescrit par :**

Docteur :

ID :

En date du :

**Corrections :**

VL D. Sph: +0.75 Cyl: -0.50 Axe: 90° Add: +2.75

VL G. Sph: +1.25 Cyl: -0.75 Axe: 60° Add: +2.75

VP D. Sph: +3.50 Cyl: -0.50 Axe: 90°

VP G. Sph: +4.00 Cyl: -0.75 Axe: 60°

Libellé	Prix facturé	Code TIPS	Base	Rembt. 65%	Compl.	Assuré
VERRE PROGRESSIF ANTIREFLET	1500.00					1500.00
VERRE PROGRESSIF ANTIREFLET	1500.00					1500.00
MONTURE OPTIQUE	1400.00					1400.00
<b>TOTAL</b>	<b>4400.00</b>					<b>4400.00</b>
<b>NET A PAYER par l'assuré</b>	<b>4400.00</b>					<b>4400.00</b>

**Mentions légales**

**ALIA VISION**  
142 avenue Anfa, Tanger  
WWW.ALIAVISION.MA