

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostic 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

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° M20- 0003759

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1212 Société : RAM 78453  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHAOU, AZIZ ASLellatif  
Date de naissance : 25.04.1949  
Adresse : LOT baalabale 40 AIN DIAB  
CASA  
Tél. : 0662899855 Total des frais engagés : 4650 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR MAZROUH ASSIA  
Ophtalmologiste  
7-Rue Mouatamid Ibn Abbad Appt 37  
TANGER  
Tél : 05 39 32 11 97  
INP : 161132931  
Date de consultation : 15/06/2021  
Nom et prénom du malade : Talhaoui Naima Age : 75  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Amétrope  
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) :



# 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
18/06/21	S		25.6 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	18/06/21					4400 DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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.Assia Mazrouh ep. Snoussi**

**Ophthalmologiste**

Maladies et Chirurgies des Yeux

Angiographie - Laser

Diplômée de la Faculté de

Medecine et de Pharmacie de Rabat

*Experte Assermentée*



**الدكتورة آسية مزروع السنوسي**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أشعة الليزر

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

خبيرة محلفة

Tanger, le: ..... 15 juin 2021 ..... 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**

**Ophtalmologiste**

Maladies et Chirurgies des Yeux

Angiographie - Laser

Diplômée de la Faculté de

Medecine et de Pharmacie de Rabat

*Experte Assermentée*



**الدكتورة آسية مزروع السنوسي**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أشعة الليزر

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

خبيرة محلفة

Tanger, le: ..... 15 juin 2021 ..... 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

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

**DR MAZROUH ASSIA**  
Ophtalmologiste  
7-Rue Mouatamid Ibn Abbad Appt 37  
TANGER  
Tel : 05 39 32 11 97  
INP : 161132931

**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
TOTAL	4400.00					4400.00
NET A PAYER par l'assuré	4400.00					

Mentions légales

**ALIA VISION**

142 avenue Anfa, Tanger

WWW.ALIAVISION.MA