

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

entaire :

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

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 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- 0003760

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1112 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUI AZIZ Abdelatif

Date de naissance : 25.1.1947

Adresse : Lotissement BASSABAK N° 48

Ain Diab Casa

Tél. : 0662 889855 Total des frais engagés : 4750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/06/2021

Nom et prénom du malade : CHAOUI AZIZ Abdelatif Age :

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

Nature de la maladie : A. métropie

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
15/06/21	S		25000	

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

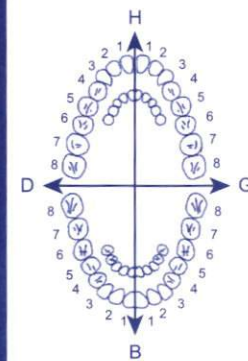
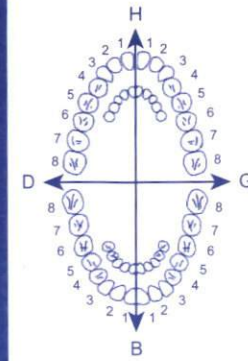
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/06/21					45000

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 caninaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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 العين

أشعة الليزر

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

خبيرة محلفة

Tanger, le: 15 juin 2021 طنجة في

Mr. CHAOUI AZIZ Abdelatif

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL : OD = + 1.00 (- 1.00 à 90°)

OG = + 1.00 (- 1.00 à 85°)

VP : ODG = Add : + 3.00



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

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 العين

أشعة الليزر

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

خبيرة محلفة

Tanger, le: 15 juin 2021 طنجة في

Mr. CHAOUI AZIZ Abdelatif

CATACOL 0.1%

1 goutte 3 fois par 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

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° : F107112

Date : 18/06/2021

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **CHAQUI AZIZ ABDELATIF**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

ID :

En date du :

Corrections :

VL D. Sph: +1.00 Cyl: -1.00 Axe: 90° Add: +3.00

VL G. Sph: +1.00 Cyl: -1.00 Axe: 85° Add: +3.00

VP D. Sph: +4.00 Cyl: -1.00 Axe: 90°

VP G. Sph: +4.00 Cyl: -1.00 Axe: 85°

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	1500.00					1500.00
TOTAL	4500.00					4500.00
NET A PAYER par l'assuré	4500.00					

Mentions légales

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