

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Demande 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.

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° P19-0032106

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : EL BROJI MUSTAPHA

Date de naissance : 30/09/50

Adresse : 172 BD MED VI TANGER

Tél. : 0641 2434 06 Total des frais engagés : 3100 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. EL ALAMI  
الدكتور الطمي عياشي  
Ophtalmologiste  
36 Av Prince Henther Rus Al Ahram 1er Etg N°3  
Tél. 05 39 94 74 83 - Tanger

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : HITMI LAILA Age: 67 ans

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

Nature de la maladie : une cataracte

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 : 12 / 08 / 2021

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
				<p>DR. EL ALAMI</p> <p>الدكتور العلمي عبد الله</p> <p>Optométriste</p> <p>36 Avenue Hénri Res Al Ahram 1er Etg N°3</p> <p>Tél: 05 39 94 74 83 - Tanger</p>

# 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	
<p>Opticien Optométriste - Contactologiste</p> <p>IF: 04508643 - Pat: 50499255 - RC: 28763</p>	18/08/21					3.000.00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

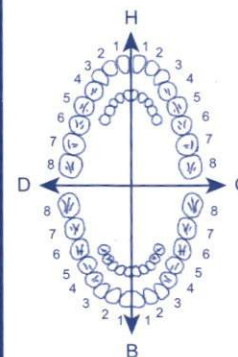
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

# 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	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

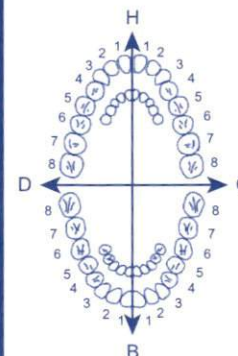
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

**Dr.El Alami L.**

Chirurgie et Maladies des yeux

Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Ancien Médecin Ophtalmogiste

au 3<sup>ème</sup> Hôpital Militaire

**الدكتور العلمي أ**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات بوردو (فرنسا)

طبيب العيون سابقا بالمستشفى العسكري الثالث

Tanger, le 12/08/2024 طنجة، في

HITMI LAILA

Correction optique

l'oeil

(VLT 100%)

1 paire

V: progressif

OD = -2,00 (-1,75 à 140°)

OG = -3,75 (-2,00 à 160°)

Pres add +2,75



**OPTIQUE  
MOUNIR**

Opticien Op.ométriste - Contactologiste  
IF: 04908648 - Pat: 50499255 - RC: 28763

verres usés

Anti Reflets

**Dr. EL ALAMI L.**

الدكتور العلمي عيوني

طبيب العيون

36 Av Prince Héritier Rés Al Ahrani 1<sup>er</sup> Etg N°3

Tél 05 39 94 74 83 - Tanger

+ Nouvelles





Rue Jamal Eddine Al Afghani

Galerie Al Andalous N°16 - Tanger

Tél : 0539943061

E-mail : info@optique-mounir.com

INPE : 165016866

FACTURE N° 77-21

Le: 18/08/2021

Mme. HITMI Laila

Ordonnance de : Dr. EL ALAMI L.

Désignation	Qté	Prix Unit. (TTC)
Monture optique	01	1200.00
Verre Progressif Antireflet	01	900.00
Verre Progressif Antireflet	01	900.00
Corrections: OD : -2.00 (-1.75 à 140°) OG : -3.75 (-2.00 à 160°) Add : +2.75		
<b>TOTAL</b>	<b>03</b>	<b>3000.00</b>

Total HT	Total TVA	Total TTC
2500.00	500.00	3000.00

Arrêter La présente facture à la somme de : **Trois mille dirhams.**

ICE : 001639205000043



Opticien Optométriste - Contactologiste

IF.: 04908648 - Pat : 50499255 - RC : 28763