

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-585188

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société : 106903

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TAOUZI - AHMED

Date de naissance : 12/9/1952

Adresse : M. RUE Ibn HAÏAM : TANGER.

Tél. : 06.65231233 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
05 39 32 12 12

Date de consultation : 01/03/2022

Nom et prénom du malade : Taouzi Ahmed Age :

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

Nature de la maladie : hypertension

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : TANGER Le : 01/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Ali Ben Abdallah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Ali Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge

[illegible]

300th

Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTHALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
05 39 32 12 12

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.03.2022	5800

Date _____

Montant de la Facture

01.03.2022

5800

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

A1

PO

IM

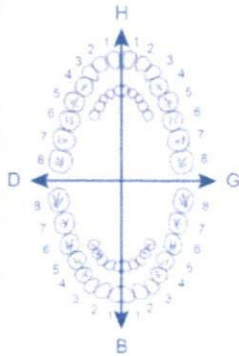
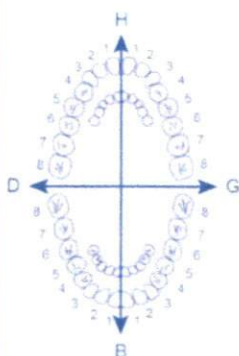
15

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px;"></table>																												
				Coefficient des Travaux																												
				Montants des Soins																												
				Début d'exécution																												
				Fin d'exécution																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center;"> <tr><td colspan="4">H</td></tr> <tr><td colspan="2">25533412</td><td colspan="2">21433552</td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411</td><td colspan="2">11433553</td></tr> <tr><td colspan="4">B</td></tr> </table>			H				25533412		21433552		00000000		00000000		D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B				Coefficient des Travaux
	H																															
	25533412		21433552																													
	00000000		00000000																													
	D		G																													
	00000000		00000000																													
	35533411		11433553																													
	B																															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			Montants des Soins																												
				Date du devis																												
			Date de l'exécution																													

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents

Nature des Soins

Coefficient

INP: | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
		B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr A. KHEIREDDINE

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Chirurgie de la Cataracte par

Phacoemulsification

Angiographie Numerisée - Lasers

Champ Visuel - O.C.T

Topographie Cornéenne

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens (France)

Ancien Ophtalmologiste du Centre

Ophtalmologique Saint Victor d'Amiens

27, Bd. Mohamed V 1^{er} étage (Imm. Attijariwafabank)

TANGER - Tél.: 05 39 32 12 12 - Tél/Fax: 05 39 32 12 13

(à côté de la Grande Poste)



الدكتور ع. خيرالدين

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة عدسات العيون (اجلاله)

بالفاكو (الليزر)

أشعة الليزر- راديو الشبكة المرقوم

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

إختصاصي سابقا بمركز أمراض

العيون بأميان

27 شارع محمد الخامس الطابق الأول عمارة التجاري وفينك

طنجة - الهاتف 05 39 32 12 12 - الفاكس 05 39 32 12 13

(قرب البريد الكبير)

Tanger, le 01/03/2022 طنجة في

AHMED TAOUZI

OEIL GAUCHE

1/ INDOCOLLYRE

1 GTE 2X/J

15 JOURS

5800



Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
05 39 32 12 12

