

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE FOUR**  
**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 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 de données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**Déclaration de Maladie**  
 N° P19-0035733

- Maladie     Dentaire     Optique

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 468 ..... Société : R.A.M.  
 Actif     Pensionné(e)     Autre : .....  
 Nom & Prénom : FIHAR, HALIMA  
 Date de naissance : 1958  
 Adresse : LOT, KADIRI, Rue Hassan N°5 SALLE  
 Tél. : 0664389942 Total des frais engagés : 1170, 10 DH

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2020  
 Nom et prénom du malade : HALIMA FIHAR Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     En .....  
 Nature de la maladie : affection oculaire  
 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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA le 28/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/01/2020		200 JL	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/2020	120,10

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23/01/2020					100000
						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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	H																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D																				
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	G																				
	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

Rabat le :

08 janvier 2020

Mme HALIMA FIHAR

75,70

ZALERG



الدكتور طارق الألوسي  
إخصائي طب و جراحة العيون

x2, les deux yeux

75,70

CELLUVISC



- طبيب مساعد سابق بمستشفى  
ايرازم بيروكسيل  
- خريج كلية الطب، الرباط  
- دبلوم في جراحة الشبكة،  
الجلالة بالذبذبات، الحول،  
العدسات اللاصقة بفرنسا

x3, les deux yeux, 1 mois

120,10

صيدلية شارع أوجادا  
Pharmacie Avenue Oujada  
Dr. MAANIKOU Khalide  
42 avenue Oujada Sidi Moussa  
Salé-Tel/Fax : 0537 88 58 85

**DR TARIK EL ALLOUSSI**  
Ophtalmologue

- Ancien assistant à l'hôpital ERASME, ULB, Bruxelles
- Diplôme de la faculté de médecine de Rabat
- Diplômé de chirurgie rétinienne (Paris), de Strabologie (Nantes), de contactologie (Bordeaux) decataracte phaco (Toulouse) France.

**Dr. TARIK EL ALLOUSSI**  
Ophtalmologue  
Centre NADAR d'ophtalmologie  
103, Av. Sidi Mohamed Ben Abdallah  
Qbibat - Akkari Rabat (Face CIH)  
Tél : 05 37 23 13 55 / 05 37 23 05 23  
I.N.P. 101.173.169



Rabat le :

08 janvier 2020

Mme HALIMA FIHAR

Monture + verres correcteurs  
progressifs  
Antireflets

VL :

OD = + 3.00 (- 1.00 à 90°)

OG = + 2.00 (- 0.75 à 100°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

الدكتور طارق الألوسي

إخصائي طب و جراحة العيون

- طبيب مساعد سابق بمستشفى

ايبرازم ببروكسيل

- خريج كلية الطب، الرباط

- دبلوم في جراحة الشبكية،

الجلالة بالذبيبات، الحول،

العدسات اللاصقة بفرنسا

**DR TARIK EL ALLOUSSI**

Ophthalmologue

- Ancien assistant à l'hôpital ERASME, ULB, Bruxelles
- Diplôme de la faculté de médecine de Rabat
- Diplômé de chirurgie rétinienne (Paris), de Strabologie (Nantes), de contactologie (Bordeaux) decataracte phaco (Toulouse) France.

**Dr. Tarik EL ALLOUSSI**  
Ophthalmologue  
Centre NADAR d'ophtalmologie  
103, Av. Sidi Mohamed Ben Abdallah  
Qbibat - Akkari-Rabat (Face CIH)  
Tél : 05 37 23 13 55 / 05 37 23 05 23



# CENTRE FADOUA D'OPTOMÉTRIE ET CONTACTOLOGIE

Salé, le 23/01/2020

## FACTURE 774

Docteur : EL ALLOUSBI

Mr/Mme : Halima FIHAR

VISION DE LOIN	VISION DE PRÉS
OD SPH +3,00 Cyl -1,25 @ 90°	OD SPH +5,75 Cyl -1,25 @ 90°
OG SPH +2,00 Cyl -0,75 @ 180°	OG SPH +4,75 Cyl -0,75 @ 180°

Quantité	Désignation	Prix
01	Monture	450,00M
02	Verres Progressifs	1000,00M
<b>Total</b>		<b>1450,00M</b>

Montant (en lettres) mille quatre cent cinquante

774

Cachet et Signature

Centre Fadoua d'Optométrie et de Contactologie  
Tel: 05 37 87 81 63 - Fax: 05 30 31 99