

## 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.

### 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 à caractère personnel.

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



## Déclaration de Maladie

M23-010015

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 412 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve d'un retraite  
Nom & Prénom : Saadia Laroussi  
Date de naissance : 1952  
Adresse : Complexe Fadloffah, Immeuble 12, Appartement 26  
20000 Tanger  
Tél. : 06 93 85 41 43 Total des frais engagés : 2500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/01/2024  
Nom et prénom du malade : Saadia Laroussi Age : 72 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Anémie  
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 / 02 / 2024  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie M23-0010015

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

# 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
12.01.24	CS	1	300 DHS	


# 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	
 163 Av. Antenne Tanger - Maroc IF 45743039 ICE 007545522000062 ☎ +212 5 60 07 70 43	12.01.24					2200 DHS

# VOLET ADHERENT

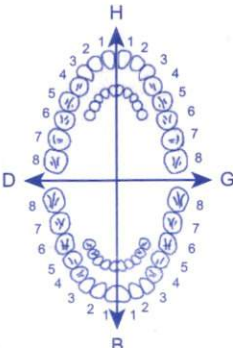
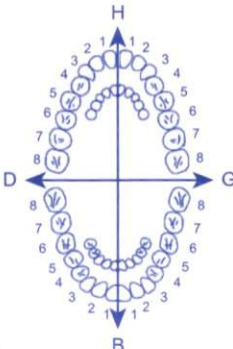
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412 21433552  00000000 00000000  D 00000000 G  35533411 11433553  B </div> <div> <b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div>			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. FILALI CHOAI B El Amine

Spécialiste en Ophtalmologie



الدكتور فيلالي شعيب الأمين

أخصائي طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب و الصيدلة بفاس

طبيب سابق بمستشفيات فاس - طنجة - باريس

دبلوم في أمراض الشبكية و تصوير شبكية العين - كرتاي

دبلوم في الأمراض السطحية للعين - بريست

Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Fès - Tanger et Paris

Diplômé en Pathologies Rétiniennes et en Imagerie - Creteil

Diplômé en Maladies de la Surface Oculaire - Brest

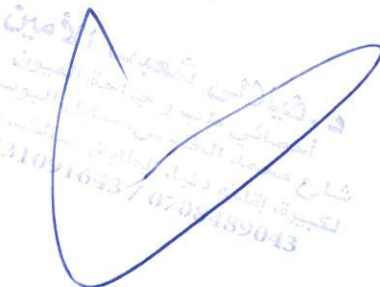
Nom & Prénom : .....

Tanger , le : 12 janvier 2024

Mme LAROUSSI Saadia

OCT maculaire

72 ans , diabétique, occlusion vasculaire OG



☎ 05 31 09 16 43 - 07 08 48 90 43

40, شارع محمد الخامس، مقابل البوسطة الكبيرة، بلوك A، إقامة دنيا، الطابق الثالث، مكتب رقم 19 - طنجة  
40, Bd. Med V, en face de la Grande Poste, Bloc A, Résidence Donia, 3<sup>ème</sup> Etage, Bureau N°19 - Tanger

E-mail: drfilali.ophtanger@gmail.com



**SKY**  
OPTICAL

SKY OPTICAL sarl  
MEHDI BOULAICH WASSIM  
Opticien - Optométriste

**Facture N° : 233/2023**

**Le 12/01/2024**

**MODE DE PAIEMENT: ESPECE**

**Client: LAROUSSI**

**SAADIA**

	SPHERE	CYL.	AXE	Add
OEIL DROIT	+1.75	-1.00	90	+2.75
OEIL GAUCHE	+1.75	-0.75	90	+2.75

**Monture: OPTIQUE**

**Verres : PROGRESSIFS  
ORGANIQUES ANTIREFLETS**

**Montant :**

OEIL DROIT	800,00
OEIL GAUCHE	800,00
MONTURE	600,00

**PRIX T.T.C**

**2 200,00**

**PRIX H.T**

**1 833,33**

**TVA**

**366,67**

**Arreté la présente facture à la somme de:**

**DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**



163 Avenue Anfa Mister Khouch TANGER MAROC

- Tél : 06 00 07 70 43-05 38 85 13 16

EMAIL:SKYOPTICAL20@GMAIL.COM

Patente:50205559 -I.F:45743039- ICE: 002545522000062



015038250

Dr. FILALI CHOAI B El Amine

Spécialiste en Ophtalmologie



الدكتور فيلالي شعيب الأمين

أخصائي طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب و الصيدلة بفاس

طبيب سابق بمستشفيات فاس - طنجة - باريس

دبلوم في أمراض الشبكية و تصوير شبكية العين - كرتاي

دبلوم في الأمراض السطحية للعين - بريست

Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Fès - Tanger et Paris

Diplômé en Pathologies Rétiniennes et en Imagerie - Creteil

Diplômé en Maladies de la Surface Oculaire - Brest

Nom & Prénom : .....

Tanger , le : 12 janvier 2024

Mme LAROUCSI Saadia

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets

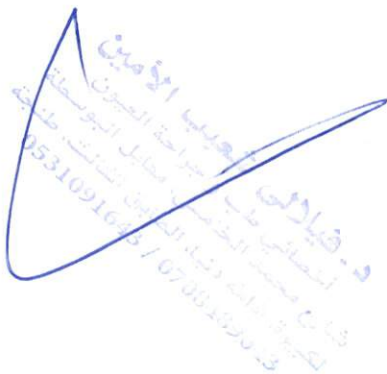
Vision de loin :

OD = + 1.75 (- 1.00 à 90°)

OG = + 1.75 (- 0.75 à 90°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75



☎ 05 31 09 16 43 - 07 08 48 90 43

40, شارع محمد الخامس, مقابل البوسطة الكبيرة, بلوك A, إقامة دنيا, الطابق الثالث, مكتب رقم 19 - طنجة  
40, Bd. Med V, en face de la Grande Poste, Bloc A, Résidence Donia, 3<sup>ème</sup> Etage, Bureau N°19 - Tanger

E-mail: drfilali.ophtanger@gmail.com