

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 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

- Reclamation : 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'HS - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-010015

196183

Pay Previews

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	412	Société :	Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Veuve d'un retraité
Nom & Prénom :		Saadie Laroussi	
Date de naissance :		1952	
Adresse :		Complexe Fadilallah, Immeuble 12, Appartement 26 Tanger	
Tél. :		06 93 85 41 43	Total des frais engagés : 2500 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	  12/01/2024		
Date de consultation :	12/01/2024	Nom et prénom du malade :	Saadie Laroussi
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : Anesthésie
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 : 12/01/2024

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 163 Av Anfa Tanger - Maroc IF 452-A039 TP 562-1553 ICE 00154552200082 CA1600071045	12/01/24					1200.00 DH

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on the upper arch, 1 through 8 on the lower arch) and directional markers D (left), H (top), B (bottom), and C (right). The teeth are arranged in a standard dental layout, with the first molar on each side of the arch.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FILALI CHOAIB El Amine

Spécialiste en Ophtalmologie



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

الدكتور فيلالي شعيب الأمين

أخصائي طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب والصيدلة بفاس

طبيب سابق بمستشفيات فاس - طنجة - باريس

دبلوم في أمراض الشبكية و تصوير شبکية العين - كرتاي

دبلوم في الأمراض السطحية للعين - بريست

Nom & Prénom : *لاروسي سعادية*

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^{ème} Etage, Bureau N°19 - Tanger
E-mail: drfilali.ophptanger@gmail.com



**SKY
OPTICAL**

**SKY OPTICAL srl
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 -IF:45743039 - ICE: 002545522000062



015038250

Dr. FILALI CHOAIB El Amine

Spécialiste en Ophthalmologie

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

الدكتور فيلايلي شعيب الأمين

أخصائي طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب والصيدلة بفاس

طبيب سابق بمستشفيات فاس - طنجة - باريس

دبلوم في أمراض الشبكية و تصوير شبکية العين - كرتاي

دبلوم في الأمراض السطحية للعين - بريست

Nom & Prénom :

Tanger , le : 12 janvier 2024

Mme LAROUSSI 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

163 Av Anfa Misker Khaosch
Tanger - Maroc
IF 45743039
TP 50205559
ICE 0025-4352200062
C 2116 00 0170 43

الدكتور فيلايلي شعيب الأمين
أخصائي طب و جراحة العيون
خريج كلية الطب والصيدلة بفاس
طبيب سابق بمستشفيات فاس - طنجة - باريس
دبلوم في أمراض الشبكية و تصوير شبکية العين - كرتاي
دبلوم في الأمراض السطحية للعين - بريست

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^{ème} Etage, Bureau N°19 - Tanger
E-mail: drfilali.ophtanger@gmail.com