

# 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.

## Diagnostic 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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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 - 5ème 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- 056655

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société : 43518  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JAOUZI AHMED  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél : 0665231233 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-056655

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 :



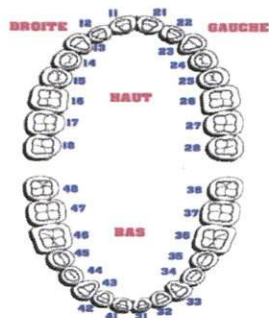
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

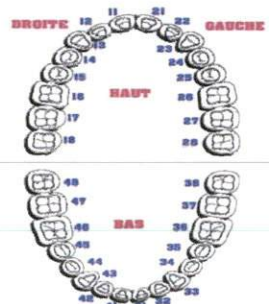
Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient  
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

## VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

## DECLARATION N°

W18-396671

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



W18-396671

DATE DE DEPOT

29/09/2020

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

TAOUZI AHMED

Fonction

RETRAITE

Phones

06.6523/233

Mail

## MEDECIN

Prénom du patient

Taouzi Ahmed

Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

☐

Age

18/09/52

Date

29/09/2020

Nature de la maladie

Embéttement oculaire

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Cs

250, dh

## PHARMACIE

Date

29.09.2020

Montant de la facture

99,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

صيدلية باريس  
Pharmacie de PARIS  
Mme SOLEILANE SOUAD  
Pharmacienne  
Place de France - TANGER  
Tél: 05 39 95 64 24

12 OCT. 2020  
ACCUSE

**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 Medecine d'Amiens (France)**

**Ancien Ophtalmologiste du Centre**

**Ophtalmologique Saint Victor d'Amiens**

**27, Bd. Mohamed V 1<sup>er</sup> étage (Imm. Attijariwafabank)**

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

**(à coté de la Grande Poste)**

**الدكتور ع. خير الدين**

**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 - الهاتف/فاكس 05 39 32 12 13**

**(قرب البريد الكبير)**

Tanger, le .....29/09/2020..... طنجة في

**M. AHMED (M) TAOUZI**

**OEIL DROIT ET OEIL GAUCHE**

ص 990 1 /

**PHYLARM**

**1 GTE 4 X/ J**



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



**DR. A. KHEIREDDINE**

**Ophtalmologiste**

INPE 161 085 386

Tanger, le

29/09/2020

**NOTE D'HONORAIRES N°**

**0001002**

A la suite de la consultation/intervention, je présente à Mme, Mlle, Mr, Taouzi Ahmed  
suivant l'usage, ma note d'honneur CS/K qui s'élève à : # 250 dh #  
Soit la somme de Deux cent cinquante Dirhams,  
réglée : ☒ espèces ☐ chèque.

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

27, Bd Mohamed V 1<sup>er</sup> étage (Imm Attijari Wafabank) • TANGER • Tél.: 0539 32 12 12  
Patente 50431371 • Identifiant fiscal 81446597 • ICE : 001623823000003

**À chaque fois que l'œil est irrité**

16 unidoses stériles de 10 ml



**Phylarm**

Solution stérile pour usage oculaire

Solution stérile pour usage oculaire

**PhyLarm**



16 unidoses stériles de 10 ml

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

**À chaque fois que l'œil est irrité**

FABRICATION FRANÇAISE

Sans conservateur

PHYLARM est une solution ophtalmique stérile, isotonique et sans conservateur destinée au traitement symptomatique des irritations de la surface oculaire.



**Phylarm**

**À chaque fois que l'œil est irrité**

16 unidoses stériles de 10 ml



**Phylarm**

Solution stérile pour usage oculaire



PHYLARM 10 ml boîte de 16

LOT 91103  
PER 2022-11

LCA S.A.  
9, Allée Prométhée, F-28000 Chartres, France  
Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39  
E-mail : lca@lca-pharma.com

MA152 - 2017/06 - FN : 9201033/01