

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 - 6ème 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

ND: 45 806

Déclaration de Maladie : N° P19-0018519

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 121 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL BROJI MUSTAPHA Date de naissance : 30/09/1949

Adresse : 172 BD MED VI

TANGER

Tél. 06 71 34 34 06

Total des frais engagés : 5600DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/10/2020

Nom et prénom du malade : EL BROJI MUSTAPHA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CHECTICHE OPTIQUE

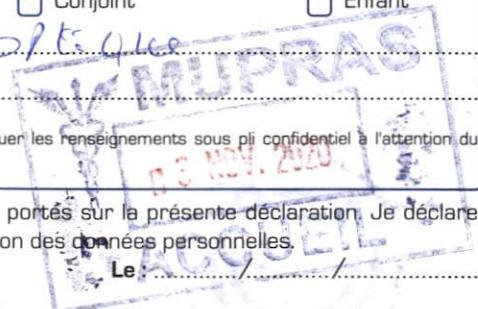
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23/12/2020					5500,00 DHS

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000	B 35533411		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. El Alami L.

Chirurgie et Maladies des yeux

Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Ancien Médecin Ophtalmogiste

au 3ème Hôpital Militaire

الدكتور العلمي أ

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات بوردو (فرنسا)

طبيب العيون سابق بالمستشفى العسكري الثالث

Tanger, le

22/10/2025

EL BROJ

MUSTA PHA

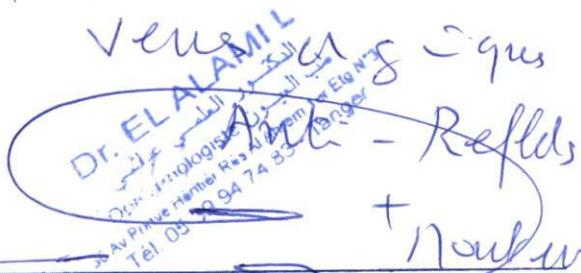
Clinic Optique

(VL et VP)
1 paire

lun

OD = -1,50 (-0,25 à 100°) VI: PROGRESSIF
OS = -1,25 (-0,25 à 120°)

Pr₂₃ add +2,50



شارع ولبي العهد إقامة الأهرام الطابق الأول رقم 3 (قابلة أو طبلي أطلس) الهاتف: 05 39 94 74 83 - طنجة
36, Avenue prince Héritier Rés. Al Ahram 1^{er} étage N°3 (Face Hôtel Atlas)-Tanger-Tél 05 39 94 74 83



Rue Jamal Eddine Al Afghani

Galerie Al Andalous N°16 - Tanger

Tél : 0539943061

E-mail : info@optique-mounir.com

INPE : 165016866

FACTURE N°98/20

Le : 23/10/2020

Mr : EL BROJI MUSTAPHA

Ordonnance de : Dr EL Alami L.

Désignation	Qté	Prix Unit. (TTC)
Monture optique	01	1500.00
Verre progressif organique antireflet	01	2000.00
Verre progressif organique antireflet	01	2000.00
Corrections:		
OD : -1.50 (-0.25 à 100°)		
OG : -1.25 (-0.25 à 120°)		
ADD : +2.50		
TOTAL	03	5500.00

Total HT	Total TVA	Total TTC
4583.33	916.67	5500.00

Arrêter La présente facture à la somme de : **Cinq Mille Cinq Cent** dirhams.

ICE : 001639205000043



Opticien Optométriste - Contactologue