

# 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 :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 059089

N° D: 35432

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8550 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DOUJJI FOUAD

Date de naissance : 18.04.1960

Adresse : N° 65, EL FATH II, Sidi Naouf

Tél. : 0661552185

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 : 24/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

- 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 Adal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-541421

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr Afolabi Yazid SAVAGE**  
Ophtalmologiste  
Clinique Ophtalmologique  
Lumière Divine  
Tél: 92 50 91 01 / 93 39 87 02

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2020

Nom et prénom du malade : DOUZI Fouad Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ophtalmologique

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° W19-541421

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
12/06/20	Consultat.		6000 <sup>fr</sup>	INF : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Dr Afolabi Yazid SAVAGE <u>Ophthalmologiste</u> <u>Clinique Opthalmologique</u> Lumière Divine Téléphone : 81 93 30 67 02
12/06/20	P.O		5000 <sup>fr</sup>	
12/06/20	Autodg		5000 <sup>fr</sup>	

Dr Afolabi Yazid SAVAGE  
Ophthalmologist  
Clinique Ophthalmologique  
Lumière Divine  
Tél: 92 50 91 01 / 93 39 87 02  
Lomé - TOGO

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Prestataire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>VINE OPTIQUE</b> point Casablanca, Immeuble Miracle face Station CAP ESSO +228 96 80 17 70 - 08BP: 81685 Lomé-TOGO 60 Avenue Pya, face Mosquée de Totsi Togo: +228 70 44 27 01 / 93 31 16 47	26-06-20					350.000 F

**DIVINE OPTIQUE** du Rond point des Soins  
 Rond point Cassablanca, Immeuble Miracle  
 face Station **AP ESSO**  
 Tél: +228 96 80 17 30 / 05 BP: 81665 Lomé - Togo  
 3265 Avenue Pyl, face Mosquée de Totsi  
 Tél: +228 70 64 27 01 / 93 31 16 47

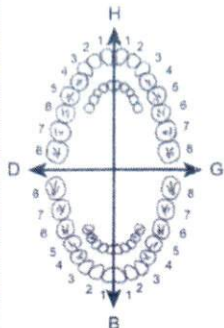
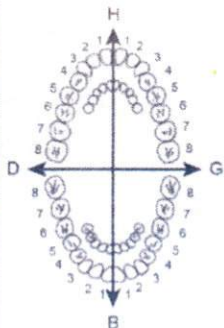
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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.

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	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

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE



LUMIÈRE DIVINE

Spécialités ophtalmologiques

Cliniques et Chirurgicales

3269 Av. Pya Totsi, (A 100m du TOTAL Totsi

rond point face à la Mosquée)

Tél. : 93 39 87 02 / 22 25 78 98

AUT. N° 069/2015/MS/CAB/SG

Lomé - TOGO

Lomé, le

12/6/20

## CORRECTION OPTIQUE

NOM et PRENOMS

M<sup>r</sup> DOWJI Fouad

### Vision de Loin

OD :  $+1,50 (-0,50) 85^\circ$

OG :  $+2,00 (-0,75) 110^\circ$

### Vision de Près

OD :

Add + 3,00

OG :

J. AFOLABI YAZID SAVAGE  
~~Ophtalmologiste~~  
~~Clinique Ophtalmologique~~  
Lumière Divine  
Tél: 92 50 91 01 / 22 25 78 98  
Lomé - TOGO



Progressifs



Bifocaux



Antireflets



Superantireflets



Photograys



Teintes

# CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE



LUMIERE DIVINE

Spécialités ophtalmologiques  
Médicales et Chirurgicales

3269 Av. Pya Totsi, (A 100m du TOTAL Totsi

rond point face à la Mosquée)

Tél. : 93 39 87 02 / 22 25 78 98

AUT. N° 069/2015/MS/CAB/SG

Lomé - TOGO

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail - Liberté - Patrie

Lomé, le 12/06/20

Nom et Prénoms DOWIJI Foad

## ANALYSES MEDICALES

Explorations Complémentaires

- Autoréfractométrie  $OD: +1,00(-1,00) 95$   
 $OS: +1,75(-1,50) 90$  ☒
- Tonométrie Electronique (PIO)  $10,0$   
 $9,3$  ☒
- Pachymétrie ☐
- Kératométrie ☐
- Echo A ☐
- Champ Visuel Automatisé ☐
- Laser YAG ☐
- OCT ☐
- Autres ☐

Dr. AFOLABI YAZID SAVAGE  
Ophtalmologiste  
Clinique Ophtalmologique  
Lumière Divine  
Tél: 92 50 91 01 / 22 25 78 98  
Lomé - TOGO

Veillez rapporter ce bulletin à chacune de vos consultations  
Veillez prendre RDV au 93 39 87 02 / 22 25 78 98

Fait à Lomé le 26 Juin 2020.

**CLIENT ; MR DOUIJI Fouad**

**Service offert :** Vente d'équipements Optiques

<u>Désignation</u>	<u>Quantité</u>	<u>Prix unitaire</u>	<u>Prix Total</u>
Monture	01	100000	100000
Verres Progressifs blanc AR	02	125000	250000
<b>TOTAL</b>			<b>350000</b>

Arrêter la présente facture à la somme de **Trois cents cinquante mille Francs CFA**

La Directrice

**Divine Optique Sarl U**  
Mme **NICOUE G. Pélagie**  
Cel: 90 02 42 54 / 93 31 16 47  
*La Gérante*

**Mme. Pélagie NICOUE**