

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-565578

ND: 45020

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3015	Société : PAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <i>enfant</i>	
Nom & Prénom : AMARA ELYABOUI		Date de naissance : 28/05/1957	
Adresse : 121 Lot Espace Pompiers Meknès Témara		Tél. : 06 62 03 83 09	
		Total des frais engagés : 300 + 140 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Docteur Khadija CHERGU Ophtalmologiste 79, Av. Oqba, 1er étage - Agdal Rabat / Tel. 05 37 77 77 55			
Date de consultation : 27-08-2020			
Nom et prénom du malade : AMARA ADAM Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Copjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Amblyopie			
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 : *TEHLIK* Le : 28/08/2020  
Signature de l'adhérent(e) : *AMARA*

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-565578
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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/07/2013	CS	300	600	INF : 1116443
20/07/2013				Docteur K. CHERGU Ophtalmologiste 13, Av. Doba, 1er Attaque - Abidjan
20/07/2013				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/9/20	4600 dh

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

### 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.

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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		<hr/>		35533411	11433553	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
<hr/>		<hr/>																		
35533411	11433553	00000000	00000000																	
				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**

**Docteur Khadija CHERGUI**  
**Ophtalmologiste**



Maladies et chirurgie des yeux  
Angiographie numérisée - Laser - OCT

Ancien Médecin attaché à l'hôpital  
Militaire d'Instruction Mohamed V - Rabat  
Diplôme interuniversitaire d'ophtalmologie  
Pédiatrique - PARIS

**الدكتورة خديجة الشركي**

متخصصة في أمراض و جراحة العيون

تصوير الأوعية المارقة - الليزر

فحص الشبكة بالليزر

طبية ملحة سابقاً بالمستشفى

العسكري الدراسي محمد الخامس - الرباط

بكالوريوس جامعي في طب عيون الأطفال

باريس

27 août 2020

Rabat, le : ..... الرباط في

**Enf. AMARA ADAM**

Monture pour enfant + verres correcteurs

OD = + 3.50 (- 0.75 à 160°)

OG = + 3.50 (- 1.00 à 170°)

Docteur Khadija CHERGUI  
Ophtalmologiste  
79, Av. Oqba, 1er étage - Agdal  
Rabat | Tél: 05 37 77 77 55

Optique LA JEUNESSE  
Rue 10 N° 12 Agdal  
KENITRA | Tél: 05 37 36 65 25



# نظارات الشباب Optique La JEUNESSE

# Lunettes optique et solaire.

FACTURE N° 00426

Kénitra, Le 15/9/2010

M Anasa dorsum

## **Vision de Loin**

œil D ...  $160^{\circ}$  cyl -0,75 SPH +3,50  
œil G ...  $170^{\circ}$  cyl -1,00 SPH +3,50

## Vision de Près

œil D ..... cyl ..... SPH .....  
œil G ..... cyl ..... SPH .....

VERRE signé A. B. HMC

**MONTURE** lunil

### TOTAL

Optique La JEUNESSE  
Rue 10 N° 12 May Ned V  
KENITRA Tel.. 05 37 36 65 25