

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006005

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8522 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BAKKT AHMED

Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : LOUBNA 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° M20-06005

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
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Fin de

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle 8522
DECLARATION N°	W17-124994	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	650	
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		



W17-124994

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 8522
Nom & Prénom		BAKIKI Ahmed
Fonction :	Chap. 1591	Phones 06240 222 68 2900
Mail		abakiki@gmail.com
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient BAKIKI - LOUBNA
Adhérent	Conjoint	Enfant
		Age 18 ans
Nature de la maladie		Date 1ère visite 05 DEC 2020
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
consultation	1	250
<b>PHARMACIE</b>		Date
Montant de la facture		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date 08/12/2020
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV		
1		
		400.000





# VISA OPTIC

## بصريات قیزا

## Opticien - Optométriste

5,Imm. Oubidar Rue Président El Bekkay (Q-I) AGADIR

Tél: 05 28 84 00 89

RC: 27877 / Patente: 48158136 / IF: 15180224

ICE:000217307000047

Agadir, le : 08/11/2020

Nom : BAKKI LAUBNA

### Facture :

№ 003753

[illegible]

La présente facture est arrêtée à la somme de : Quatre cents 00

Thyroid Compn's





**Dr. EL KHATIB Nouha**

Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des yeux

**الدكتورة الخطيب نهى**

اختصاصية في طب  
وجراحة العيون

أكادير، في 05 décembre 2020, le Agadir,

طوبوغرافية القرنية  
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية  
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة  
Contactologie

تصوير شرايين الشبكية  
Angiographie rétinienne

الليزر  
Laser

التصوير المقطعي البصري  
OCT

الفحص بالصدى  
Echographie

جراحة قصر البصر  
Chirurgie Réfractive

جراحة الجلالة بالدبدبات الصوتية  
Chirurgie par Phakoémulsification

**Mlle BAKKI Loubna**

Monture + verres correcteurs  
Antireflets

OD = (180° , - 2.00) - 4.50

OG = (165° , - 2.50) - 3.75

**Dr. EL KHATIB Nouha**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Résidence Talborjt, Imm. D, Bureau N°11  
1er Etage - Bd. Cheikh Saadi Talborjt - Agadir  
Tél: 05 28 84 18 45 / 06 08 50 87 99  
Tél/Fax: 05 28 84 43 13

05 28 84 18 45  
08 08 50 87 99

Tél./Fax 05 28 84 43 13

Résidence Talborjt  
Imm. D - Bureau N°11  
1<sup>er</sup> Etage - Bd. Cheikh Saadi  
Talborjt - Agadir

Opticien Ophthalmiste  
S. El Bachir  
Rue Princesse El Bekkay 0.1  
AGADIR - Tél: 05 28 84 00 89