

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **iologie 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.

## **ique :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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 caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## **Déclaration de Maladie**

Nº M20- 0006005

Optique *SC438*  Autres

Maladie  Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : *8522* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *BAKHT AHMED*

Date de naissance :

Adresse :

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### **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 ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des</b>  <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b>
BROITE	GAUCHE				
12	21				
11	22				
10	23				
9	24				
8	25				
7	26				
6	27				
5	28				
4	29				
3	30				
2	31				
1	32				
HAUT					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
BAS					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					
101					
102					
103					
104					
105					
106					
107					
108					
109					
110					
111					
112					
113					
114					
115					
116					
117					
118					
119					
120					
121					
122					
123					
124					
125					
126					
127					
128					
129					
130					
131					
132					
133					
134					
135					
136					
137					
138					
139					
140					
141					
142					
143					
144					
145					
146					
147					
148					
149					
150					
151					
152					
153					
154					
155					
156					
157					
158					
159					
160					
161					
162					
163					
164					
165					
166					
167					
168					
169					
170					
171					
172					
173					
174					
175					
176					
177					
178					
179					
180					
181					
182					
183					
184					
185					
186					
187					
188					
189					
190					
191					
192					
193					
194					
195					
196					
197					
198					
199					
200					
201					
202					
203					
204					
205					
206					
207					
208					
209					
210					
211					
212					
213					
214					
215					
216					
217					
218					
219					
220					
221					
222					
223					
224					
225					
226					
227					
228					
229					
230					
231					
232					
233					
234					
235					
236					
237					
238					
239					
240					
241					
242					
243					
244					
245					
246					
247					
248					
249					
250					
251					
252					
253					
254					
255					
256					
257					
258					
259					
260					
261					
262					
263					
264					
265					
266					
267					
268					
269					
270					
271					
272					
273					
274					
275					
276					
277					
278					
279					
280					
281					
282					
283					
284					
285					
286					
287					
288					
289					
290					
291					
292					
293					
294					
295					
296					
297					
298					
299					
300					
301					
302					
303					
304					
305					
306					
307					
308					
309					
310					
311					
312					
313					
314					
315					
316					
317					
318					
319					
320					
321					
322					
323					
324					
325					
326					
327					
328					
329					
330					
331					
332					
333					
334					
335					
336					
337					
338					
339					
340					
341					
342					
343					
344					
345					
346					
347					
348					
349					
350					
351					
352					
353					
354					
355					
356					
357					
358					
359					
360					
361					
362					
363					
364					
365					
366					
367					
368					
369					
370					
371					
372					
373					
374					
375					
376					
377					
378					
379					
380					
381					
382					
383					
384					
385</td					



# VISA OPTIC

---

## بصريات فيزا 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 Laibna

## Facture :

Nº 003753

Qté	Désignation	Nomenclature	Prix
2	Vermes organique anti réflets		400,00
	OD: -4,10 -2, -78 i		
	OG: -3,75 -2,10 76 i		
	ADD:		
			
			TOTAL 400,00

La présente facture est arrêtée à la somme de : Quatre Cent Onze

T. V. I. Company



# طب العيون

## OPHTHALMOLOGIE

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 بالدباببات الصوتية

Chirurgie par Phakoémulsification

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

## Dr. EL KHATIB Nouha

Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des yeux

الدكتورة الخطيب نهى

اختصاصية في طب  
وجراحة العيون

Agadir, le 05 décembre 2020  
أكادير، في 05 ديسمبر 2020

Mlle BAKKI Loubna

Monture + verres correcteurs

Antireflets

OD = (180° , - 2.00) - 4.50

OG = (165° , - 2.50) - 3.75

Dr. EL KHATIB Nouha  
OPHTHALMOLOGISTE

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

Tél: 05 28 84 18 45 / 08 50 87 99

Tel/Fax: 05 28 84 43 13

Dr. EL KHATIB Nouha  
Ophtalmologiste  
5, rue El Bekkay O.I  
Rue Président El Bekkay O.I  
AGADIR - Tél: 05 28 84 00 89