

# 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.

## 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.

## éducation :

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.

## caire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## die 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



## Déclaration de Maladie

Nº M20- 0006006

Optique *SG43*  Autres

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8522* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *BAKKI 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 : *Aya B.* ..... 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 M20-06006

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 : .....

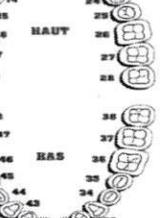
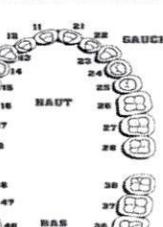
Date de dépôt : .....

## **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'ODP.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="text"/>
BROITE	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23				<b>Montant des soins</b>
	GAUCHE				<input type="text"/>
HAUT	24 25 26 27 28 29 30 31 32				<b>Début d'exécution</b>
BAS	40 41 42 43 44 45 46 47 48				<input type="text"/>
O.D.F.	36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48				<b>Fin d'exécution</b>
Prothèses dentaires			Détermination du coefficient masticatoire		<input type="text"/>
					<b>Coefficient des travaux</b>
BROITE	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23				<input type="text"/>
	GAUCHE				<b>Montant des soins</b>
HAUT	24 25 26 27 28 29 30 31 32				<input type="text"/>
BAS	40 41 42 43 44 45 46 47 48				<b>Date du devis</b>
(Création, Remont, adjonction)					<input type="text"/>
Fonctionnel, thérapeutique nécessaire à la profession					<b>Fin de</b>
					<input type="text"/>
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : <u>Bahri</u>		Mme <u>8522</u>	
DECLARATION N°		W17-124996			
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes		
	<u>1209</u>				
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W17-124996

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mie 8522		
Nom & Prénom		BAKKA AHMED		
Fonction :	Cherf des gal	Phones		02 60 22 67 74
Mail	c.bakkah@orange.fr			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 21 ans	
Nature de la maladie	Date 1ère visite			
- entame de typhoïde				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
		consultation Cr 250 mn		
<b>PHARMACIE</b>	Date .....			
Montant de la facture				
<b>ANALYSES - RADIographies</b>		Date .....		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
CACHET				
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date .....				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
18/12/2020		17050,00 Frs		



Facture: N° 0000054

- Opticienne optométriste
- Lunettes Optiques et Solaires
- Adaptation en lentilles de Contact

Le 18/12/2020

Nr: BAKKI AYOUB

\* deux verres (y compris Anti-reflet 1,6).

OD:  $(180^\circ; -0,50); -4,25 \Rightarrow 350,00\text{DH}$

OB:  $(170^\circ; -0,75); -3,25 \Rightarrow 350,00\text{DH}$

+

\* monture Vogue 148/50 =  $350,00\text{DH}$

Total  $\Rightarrow 1050,00\text{DH}$

ABHABO la présente facture lui remet  
de ~~l'opticien~~ au quai de la Dir Bus TEC

T.P: 67598374 - Autorisation: 1141  
Télé: 05 28 21 75 72  
Riad Sallam - Agadir  
Imm. Ibn Zohr Av Oued Ziz  
Opticien



045003860



# طب العيون

## OPHTHALMOLOGIE

طوبوغرافية القرنية  
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية  
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة  
Contactologie

تصوير شرايين الشبكية  
Angiographie retinienne

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 28 novembre 2020

Mr. BAKKI Ayoub

Monture + verres correcteurs  
Antireflets

$$OD = (180^\circ, -0.50) - 4.25$$

$$OG = (170^\circ, -0.75) - 3.50$$

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 08 50 87 99  
Tél/Fax: 05 28 84 43 13

TAIBA OPTIC  
Opticien Optique  
Tél: 05 28 84 43 13  
Tél/Fax: 05 28 84 43 13  
Résidence Talborjt, Imm. D, Bureau N° 11  
1<sup>er</sup> Etage - Bd. Cheikh Saadi Talborjt - Agadir