

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES RÉMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## litions 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.

## rmacie :

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 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.

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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0017314

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00221 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ..... 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 : Fatima Bougla 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 N° P19-0017314

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
	D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
		D 00000000	G 00000000	<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
		H 35533411	G 11433553	<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		

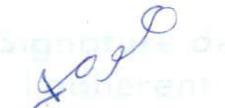


P 14 /

18579

**DATE DE DEPOT**

/...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0221	 Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom ... <u>Bougiba Fatima Ep Younni</u>		Fonction ... <u>Scans</u>		
Phones ... <u>0663139459</u>		Mail ...		
MEDECIN	Prénom du patient ... <u>Fatima BOUGIBA</u>			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age ... <u>81 ans</u>	Date <u>06 MAI 2019</u>	
Nature de la maladie ... <u>Cornein ophthalmo V.L.</u> <u>Glaucome + Sécheresse oculaire</u>		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<u>OS</u>	<u>*</u>	<u>250 dt</u>		
PHARMACIE	Date ... <u>10.05.19</u>			
Montant de la facture				
<u>Abdellah</u> <b>Gauthier Optique S.A.R.L.</b> Gauthier Optique S.A.R.L. 20, Rue Tizi N'Tichka - HOUSSINE - Gauthier Tel.: 022 202 7002 - Casablanca				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date ...		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

# Docteur EL BARDAI Dafir

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabismes, Micro-Chirurgie, Lentilles  
Angiographie, Laser

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse. FRANCE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie  
de l'Hôpital Hassan II des Spécialités. Laâyoune

# الدكتور البرداعي ظافر

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهورية، العدسات

تحطيط الأوعية، لازر

طبيب داخلي سابق بمستشفيات تولوز. فرنسا

طبيب رئيسي سابق لقسم أمراض وجراحة العيون  
بمستشفى الحسن الثاني للإختصاصات. العيون

Casablanca, le 06 MAI 2019 الدار البيضاء، في

M

F. Limo

BOUHTA



Caracte optique v. Limo

main

vis correct, organe, fort indice  
Il est schéfik

$$OD = (115 - 1,00) - 1,00$$

$$OG = (90 - 1,25)$$



219, شارع الزرقطوني - إقامة البرداعي - المعارييف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 95 39 - المستعجلات : 06 61 17 72 01

219, Bd ZERKOUNI - Résidence EL BARDAI - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 94 95 39 - Urgences : 06 61 17 72 01

I.C.E.: 001862826000041 - I.N.P.: 091048249

**GALILEO** optique

Votre vision est unique, notre service aussi

de 10-05-13

Mr / Mme : BOLIGHA Fatima

**Facture Acquittée**

191226

Monture : Soudh

O.D. : Lsodh

O.G. : Lsodh

Total : 16sodh

~~GAUTHIER OPTIQUE S.A.R.L.~~  
~~GALILEO Optique~~  
20, RUE TAHA HOUSSINE Gauthier  
Tél.: 022 20 2 98 - Casablanca

20, angle Rue Taha Houssine  
et Mustapha Manfalouti  
Gauthier - Casablanca  
Tél. : 05 22 20 21 98  
ICE : 001536168000082

INPE 095009627