

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° P19- 059839

36.996

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8042 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHBOUB Mublyla

Date de naissance : 1953

Adresse : NOUSSEUR

Tél : 0663 793 044 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 17 09 2007 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) :

### 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.

### Diologie 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.

### Prothèse :

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 EL ANASSER  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.co



## 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													
				<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"/>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>													
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>													
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>														

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 14 / 0008548</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<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		
<b>Cachet MUPRAS</b>		



P 14 / 0008548

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	<b>Signature de l'adhérent</b>
Nom & Prénom <b>MAHBOUB MUSTAPHA</b>			
Fonction <b>Retraité</b>	Phones .....		
Mail <b>0663792041</b>			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie			Date <b>04/08/20</b>
<b>AFFECTION oculaire</b>			Date 1ère visite .....
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			<b>Dr. AGUEDACH Abdelghani</b> <b>Ophthalmologiste</b> 88, Bd. Mly. Ismail - Berrechid Tél.: 0523 32 72 58 <b>médecin</b>
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>C2</b>		<b>200DH</b>	
<b>PHARMACIE</b>		Date .....	<b>Signature et cachet du Pharmacien</b>
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date .....	<b>CACHET</b>
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date <b>13/08/2020</b>	<b>Espace optique</b> <b>opticien optométriste</b> <b>549 Othmane Bloc 57 N° 98</b> <b>Casablanca</b> <b>06.00.00.60.00 / 06.63.60.41</b>
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
		<b>4000, DH</b>	

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie - Laser

Strabisme

Lentille de Contact

Microchirurgie



الدكتور محمد الغني أجداح

طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
طبيب سابقا بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علاج بالليزر

الحول، العدسات اللاصقة

الجراحة بالمجهر

Berrechid

برشيد، في

WABAB  
Mustapha

Lucette

AB 1-075.90/

DC + 0,75 - 1.80/

photochromique

Espace optique  
opticien optométriste  
88, Bd. Mly. Ismail - Berrechid  
06.30.00.60.00 / 06.61.85.07.40

Dr. AGUEDACH Abdelghani  
Ophtalmologiste  
88, Bd. Mly. Ismail - Berrechid  
Tél.: 0522 32 72 58



# فضاء البصريات Espace Optique

## Facture

Sidi othman Bloc 57 N°98 CASABLA

Tél.: 06 3000 6000 / 06 6185 0749

سیدی عثمان بلوک 57 رقم 98 - الدار البيضاء

N°0000242

Date :

Client :

V.Loin

SPH

BYV

AXE

OD

OG

V.Pres

SPH / ADD

CYL

OD

OG

MONTURE

VERRES

Prix

Espace optique  
Opticien optométriste  
Sidi Othman Bloc 57 N° 98  
Casablanca  
06.30.00.60.00 / 06.61.85.07.49

Total

Arrêtée la présente facture à la somme de :

RC : 401396 - PATENTE : 37208888

IF : 14412518 - ICE : 000544034000083