

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS 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.

## **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 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 : Nº P19- 0020707**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **0730** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **T. Me FARID ESSADIA Ep** 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 : **T. Me FARID ESSADIA** 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) :

Le : ..... / .....

### **VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie **Nº P19- 0020707**

**W 18- 398117**

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 : .....

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-D-H system, featuring a central hydrogen atom (H) at the top, bonded to two deuterium atoms (D) at the bottom. Each D atom is also bonded to two hydrogen atoms (H). The entire arrangement forms a diamond-like structure. Bond angles are indicated by numerical values ranging from 1 to 8, distributed around the perimeter of the diamond.

#### **[Création, remont, adjonction]**

ctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

W18-398117

DATE DE DEPOT

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

REmplir par l'ADHERENT

Mme

07730

& Prénom

ion :

Jane FARID GSSADA

Phone: 05222364226.

DEGIN

Prénom du patient

Conjoint  Enfant  Age Date 09.7.18

de la maladie

Date 1ère visite

Il y a-t-il d'un accident : Causes et circonstances

Nombre des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
a		Ces

ARMACIE	Date
ant de la facture	

ALYSES - RADIOGRAPHIES	Date :
Designation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

LIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
I	PC	IM	IV	Honoraires
27	Ghe			4000.00DH

V

Optical Vision  
1. ZAM  
13, Rue Casablanca  
Casablanca  
Maroc  
Tél: 05222364226  
Email: optiquevision@il.com

OPTICAL VISION  
Optometriste  
Ex Bd Pacha  
Casablanca  
Email: optiquevision@il.com

25 JUL 2019  
MUPRAS  
ACCUEIL



20910

Casablanca le : .....

09 juillet 2019

**FARID EP. FARSANE Es-Sadia**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Teintés

VL :

OD = - 1.25 (- 1.25 à 85°)

OG = + 0.75 (- 2.25 à 70°)

VP :

ODG = Add : + 3.00



**Urgence 24/24**

# LIBERTY VISION

Résidence El Yamama  
107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheil)  
Mâarif Casablanca  
Patente N°: 35800120

Tel: 05 22 25 16 26

N° 0013628

إقامة اليمامة  
107  
شارع بئرانزاران  
المعاريف الدار البيضاء  
البيانات : 35800120

Docteur : J. Zaim  
Mr. : FAHid & FARSAWE & Adia

## Nomenclature :

Montures

VL : ..... *PT* ..... 800: 00

VP : ..... *PT* ..... 700: 00

Type de Verres :

*PT* ..... *PT* ..... 800: 00  
*PT* ..... *PT* ..... 700: 00  
*PT* ..... *PT* ..... 600: 00  
*PT* ..... *PT* ..... 500: 00

## VISION DE LOIN :

OD : Axe : ..... 85 ..... Cyl : ..... -1.2/ ..... Sph : ..... -1.2/ ..... 600: 00

OG : Axe : ..... 70 ..... Cyl : ..... -2.2/ ..... Sph : ..... +2.2/ ..... 800: 10

## VISION DE PRES :

OD : Axe : ..... 35800120 ..... Cyl : ..... - ..... Sph : ..... -

OG : Axe : ..... 513327 ..... Cyl : ..... - ..... Sph : ..... -

Add : ..... +3.0004 ..... 1100: 00

= ..... 4000: 00

## TOTAL :

Le : 13/07/2019

quatre mille DHS