

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Dentaire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**Déclaration de Maladie : N° P19-0020707**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : off 30 Société : .....


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Mme FARID ESSADIA Ep FARANE 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 : Mme 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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0020707

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 Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

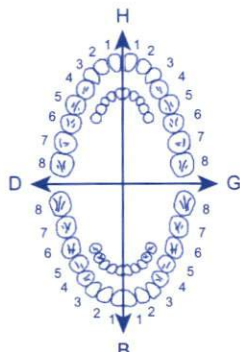
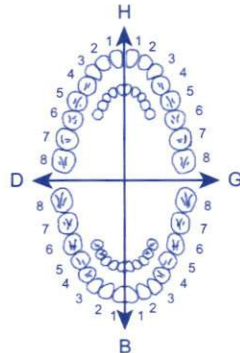
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

W18-398117

DATE DE DEPOT

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

REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

97730

& Prénom

ne FARID CISMA A

ion :

Veune

Phones.

05 22 36 42 26

DECIN

Prénom du patient

ne FARID CISMA

érent

☐ Conjoint

☐ Enfant

☐

Age

Date

09.7.19

e de la maladie

Date 1ère visite

it-il d'un accident : Causes et circonstances

re des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

a

Cin

ARMACIE

Date

ant de la facture

ALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

signation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

ILIAIRES MEDICAUX

Date

13.07.2019

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

PC

IM

IV

Honoraires

271 940

4000:0000

25 JUL 2019

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

Optic LIBERTY VISION  
Opticien Optométriste  
107 Bd Bir Anzarane (Ex Bd Pajhael)  
Rés. Al Yamina Casablanca  
Tél/Fax 0522257171 Email: libertyvisionlive.com

Liberty Vision  
107 Bd Bir Anzarane  
Rés. Al Yamina  
Casablanca  
Tél/Fax 0522257171  
Email: libertyvisionlive.com

Ophtalmologiste  
Docteur  
F. FARSANE

**Urgence 24/24**

# LIBERTY VISION

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

N° 0013628

إقامة اليمامة  
107, شارع بفرانزاران  
المعاريف الدار البيضاء  
البتاتا : 35800120

Docteur : S. ZAIM

Mr. : F. Adid G. FARSAWE & S. Adia

## Nomenclature :

Montures : VL : 800 : ∞

VP : 700 : ∞

Type de Verres : V. organique 1.57 AR

## VISION DE LOIN :

OD : Axe : 800 : ∞ Cyl : -1.2 / Sph : -1.2 / 600 : ∞

OG : Axe : 800 : ∞ Cyl : -2.2 / Sph : +2.2 / 800 : ∞

## VISION DE PRES :

OD : Axe : 35800120 Cyl : - Sph : -

OG : Axe : 40238037 Cyl : - Sph : -

Add : +3.0004 1100 : ∞

= 4000 : ∞

TOTAL : quatre Mille DHs

Le : 13/07/2019