

## 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.

### Radiologie 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  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

Autorisation CNOP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-667254

93678

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) _____			
Matricole : 8756			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MIRINI EL RHALI			
Date de naissance : 01/09/1968			
Adresse : Rue WIAM, Tmmt, App 3, OULFA (CASA)			
Tél. : 0663609361 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophtalmologiste Geler : rham. à Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tel. : 05 22 89 45 68/00			
Date de consultation : 26/11/2021			
Nom et prénom du malade : BOUHABBOUR - Amel Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Uni-mème <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/11/2021

### RELEVE 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
22.11.2021	C		250.00	INP : Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophtalmologiste Galer. 31-A, 3ème Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tel: 05 22 99 15 68/69

### 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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optic LIBERTY VISION 107, Bd Bir Anzarane (Ex B. Rachidia) F. 055 651 0000 Email:libertey@casablanca.ma	22.11.2021	optique	g			4900.00 DH

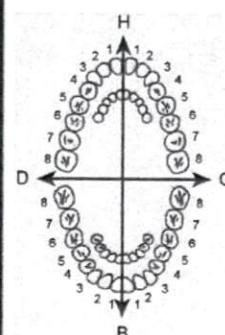
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

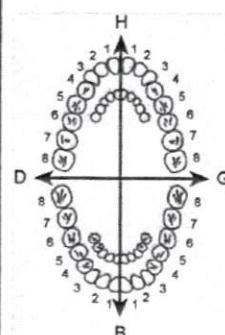
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				11111111



### O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



# LIBERTY VISION

RT N°: 19/05/2020  
RC N°: 424508 IF N°: 40238037  
CNSS N°: 5133327  
ICE: 001 771700004



FATENTE N°: 35800120  
RC N°: 424508 IF N°: 40238037  
CNSS N°: 5133327  
ICE: 001 771700004

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

Tél : 05 22 25 16 26

N° 0028345

إقامة اليهامة  
107  
شارع بيرانزاران  
المعارف الدار البيضاء  
البيانات : 35800120

Docteur : B S CHAKIR

Mr. : BOUHASSOUN AMAL

## Nomenclature :

Montures : VL : optique 500,00  
VP : Optique

Type de Verres : Digamique PM  
Antimac.

## VISION DE LOIN :

OD : Axe : 12° Cyl : -5,00 Sph : -16,00 2200,00

OG : Axe : 171° Cyl : -5,00 Sph : -10,00 2200,00

## VISION DE PRES :

OD : Axe : 12° Cyl : + Sph : +

OG : Axe : 171° Cyl : + Sph : +

Add : +

= 4900,00

*Optic LIBERTY VISION  
Opticien Optométriste  
107-Bd Bir Anzarane (Ex Bd Rapheil)  
Alyamama Casablanca  
P. 05 22 25 16 26 Email:libertyvision@casablanca.ma*

**TOTAL :** 221M1221 *pourtre Chille Wenz cent DT+*  
Le : 22/11/2021