

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 080322

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

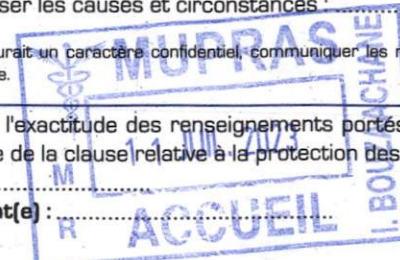
Matricule : 4196 Société : AC8096
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SALOUANE ABDELHADI
 Date de naissance : 18/11/1973
 Adresse : 2ème étage
 Tél. : 066536139 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 10/07/2013
 Nom et prénom du malade : M. SALOUANE ABDELHADI Age : _____
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Troubles Visuels
 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) : 



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10/08/83	C2		3000H	Dr. SAHIL Abdelhamid 0917 11 00 01 51 51 Rue Chali Ahmed Casablanca Tel: 05 22 20 34 16 / 05 22 20 34 87

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
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE LE BEAU SOIN Opticien - Optométriste Bd Moudiboukeita bloc J N° 70 Gsm: 06 25 27 26 92 - Casa	11/07/83					3800H

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 de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SMILI Abdelhamid

Spécialiste Diplômé de la
Faculté de Médecine
de Montpellier

Maladies et Chirurgie des yeux
Angiographie-Laser - Lentilles de contact
Autres Explorations

11, Rue Ghali Ahmed
CASABLANCA (2ème étage)
(ex rue berthelot Bd Mohamed V)
(près du Siège Crédit du Maroc)
Tél: 05.22.20.34.16 - 05.22.20.36.87



الدكتور اسميلي عبد الحميد

خريج كلية الطب بمونبيلي
أمراض وجراحة العيون
11. زنقة غالي احمد (بيرطولو سابقا)
الطابق الثاني - شارع محمد الخامس
(قرب مصرف المغرب)

الهاتف : 05 22.20.34.16 - 05 22.20.36.87

الدار البيضاء

Casablanca, le

20/07/2023

N° SALOUANE ABDELKADI

Lentilles V. Progressifs. organiques. Anti-reflets

VL OD = +0,25.

OG = (175°, +0,25) +0,50.

VP Addition +2,50

OPTIQUE LE BEAU COIN
Opticien - Optométriste
Bd Moudiboukita bloc J N° 70
Gsm: 06 25 27 25 92 - Casa

ODG

Dr. SMILI Abdelhamid
OPTIC-ALMOLOGISTE
11 Rue Ghali Ahmed Casablanca
Tél: 05 22 20 34 16 - 05 22 20 36 87

Optique Le Beau Coin



Patente N° 36612797 - K.F. : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001219172 - ICE : 00179006000087

Bd Modibo Keita, Bloc (j) N° 70 - Casablanca

Facture N° 0004741

Casablanca le : 11.07.2023

Mr : SALOUANE ABDECHAMDI

VL :		
OD : +0,25		1509,0
OG : (175 + 0,25) + 0,5		1509,0
VP :		
OD : 2,50		
OG : 2,50		
Monture :		800,0
Verres : Progressif AR		

Total :

3800

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

mille huit cent

OPTIQUE LE BEAU COIN
Opticien - Optométriste
Bd Modibo Keita bloc J N° 70
Gsm: 06 25 27 25 92 - Casa