

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4196 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SALOUANE Abdellah

Date de naissance :

SALOUANE SARA - 18/04/19

Adresse :

halil

Tél. : 06 68 36 43 90

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SMILI Abdelhamid  
OPHTALMOLOGISTE  
1 Rue Chali Chmed Casablanca  
05 22 20 34 16 / 05 22 20 36 87

Date de consultation :

10/07/2023

Nom et prénom du malade : SALOUANE SARA 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) :



Am

## 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
10/03/2023	CL		300DA	Dr. SMILI Abdellah OPHTALMOLOGIST 11 Rue Ghali Ahmed Casablanca 0522203416/0522203661

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: none;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
G																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				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 اسيلي عبد الحميد**

خريج كلية الطب بمونبليي  
أمراض وجراحة العيون

11. زنقة غالى 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 10/07/2023.

SALOUANE SARA.

lunettes Vergnaques. Anti-Reflets. Amica.

OP = (175<sup>10</sup>, -0,25) - 5,00.

OP = -4,25

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

**Dr. SMILI Abdelhamid**  
OPTOMETRISTE  
11 Rue Ghali Ahmed Casablanca  
Tél: 05 22.20.34.16 / 05 22.20.36.87

# Optique Le Beau Coin



Patente N° 36612797 - I.P : 50794172 - R.C : 335648  
 INPI : 001719172 - I.C.E : 00179006000087  
 Bd Modibo Keita, Bloc(j) N°70 - Casablanca

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

Facture N° 0004740

Casablanca le: 11/07/2023

Mr :

SALOUAN = SARA

VL :		
OD : (175-0,25)-5.0	1000,00	
OG : + 2	1000,00	
VP :		
OD :		
OG :		
Monture :		800,00
Verres :	1.67	
Total :	28,00	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de : <i>huit cent</i>		

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