

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° W21-788666

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 03583 Société : <i>19826</i>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Boukili ABDELLAH</i>
Nom & Prénom : <i>Boukili ABDELLAH</i>			
Date de naissance : <i>04.05.1956</i>			
Adresse : <i>16, rue EDDAÏN EL KABIR ANFA CASABLANCA</i>			
Tél. : <i>0619600003</i> Total des frais engagés : <i>7800,00 Dhs</i>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
<i>Boukili ABDELLAH</i> Age : <i>1956</i>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
Presbytie	
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.

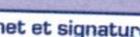
Fait à : *CASA*

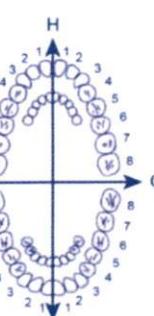
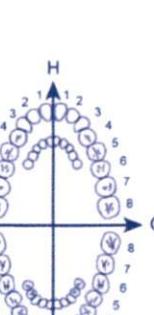
Le : *11/11/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *louis*



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
14/11/23	5		300 D.H.	INP : 091979330 DR NACKAIS OPHTALMOLOGISTE

AUXILIAIRES MEDICAUX					Montant détaillé des Honoraires
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			
		AM	PC	IM	IV
	02.01.24	1	1	1	2500,00

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	INP : <input type="text"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DÉBUT D'EXÉCUTION																			
				FIN D'EXÉCUTION																			
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
						H	G																
						25533412	21433552																
						00000000	00000000																
						D	G																
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B	H																						
MONTANTS DES SOINS																							
DATE DU DEVIS																							
DATE DE L'EXÉCUTION																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																							



Ophtalmologiste

Chirurgie de la Cataracte

Chirurgie Réfractive

de la Myopie par laser

Keratocône

Diplôme de Chirurgie de la
Cataracte et de la Myopie

(Besançon)

طب و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء

تصحيح النظر بالليزر

القرنية المخروطية

دبلوم جامعي في

جراحة المياه البيضاء

و قصر النظر (بيزانسون)

Casablanca le 14 novembre 2023

Mr BOUKILI Abdallah

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = Plan (- 1.00 à 79°)

OG = - 0.75 (- 0.25 à 49°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50



SALSABYL FADILA

Une vision très particulière

Casablanca le :

mardi 2 janvier 24

Nom : BOUKILI ABDALLAH

Facture numéro: 2024-0001

Désignation	Prix TTC	Qte	Montant TTC
MONTURE OPT	4500,00	1	4500,00
VERRE ORG AR	3000,00	2	3000,00
Montant HT			6250,00
TVA 20%			1250,00
Montant TTC			7500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'SALSABYL FADILA' followed by a date and some initials.

SALSABYL FADILA SARL

SALSABYL/FADILA SARL, L2 013, C. Com Morocco Mall, Casablanca - 05 22 79 66 63 - E-mail : mieuxvoir@grandeoptique.com - www.grandeoptique.com
R.C. : 285001 - I.F. : 14442667 - Patente : 35696320 - ICE : 000089115000077 - CNSS : 9652472 - Banque BP 2121117009620008