

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19-0049156

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2405 Société : RAM 195439
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KAHLI ABDERRAHIM
 Date de naissance :
 Adresse : Lotissement OMARIA Rue 31 N°17
 AIN CHOK CASA
 Tél. 06 69 701644 Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

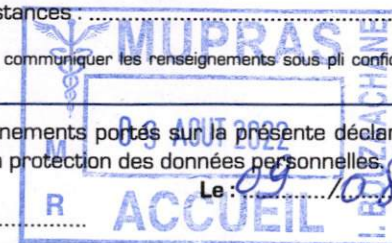
Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : MAOULOUB NAJAT 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 09/08/2022



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
07/07/2022	Ce		300 DH	

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	
	09/08					37000
	02/22					

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le plan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(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

Docteur SMILI Abdelhamid

Spécialiste Diplômé de la
Faculté de Médecine
de Montpellier

Maladies et Chirurgie des yeux
Angiographie-Laser - Lentilles de contact
Autre 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 08/08/2022

M^{me} MAOULHOU B NAJAT

Lunettes V. Progressifs - organiques - Antireflet

VL OD = (175°, -0,50) - 1,00.

OG = (95°, -0,25) - 1,25

VA Addition + 3,25 ODG.

OPTIQUE LE BEAU COIN
Opticien - Optométriste
Bd. Moulay Moukheita bloc J N°70
GSM: 06 25 27 25 92 - Casa

Dr. SMILI Abdelhamid
OPHTALMOLOGISTE
11, Rue Ghali Ahmed Casablanca
Tél: 05 22 20 34 16 / 05 22 20 36 87

Optique Le Beau Coin



OPTIQUE LE BEAU COIN

Opticien - Optométriste
Bd. Moudiboukeita bloc JN°70
GSM: 06 25 27 25 92 - Casa

FACTURE N° 0001521

Casablanca, le :

09/08/2022

M: MAOUHOUB NAJAT

		Gauche		Droite
Loin	Sphere	-1.00		-1.25
	Cylindre	-0.75		-0.75
	Axe	180		180
Près	Sphere	+3.25		+3.25
	Cylindre			
	Axe			

Monture :

Verres :

Total :

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

37000

Trois mille

Sept Cent

OPTIQUE LE BEAU COIN
Opticien - Optométriste
Bd. Moudiboukeita bloc JN°70
GSM: 06 25 27 25 92 - Casa

Bd Moudiboukeita, Bloc JN°70 - Casablanca - GSM : 06 25 27 25 92

Patente : 36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

ICE : 00179006000087