

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

Nº P19- 0042181

32499

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 535 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUJLIL JILLALI

Date de naissance : 1945

Adresse : Lot 2 Nour Rue 8 N° 8 Hay Hassany C.P. 20830 Casablanca

Tél. : 06 77 64 13 98 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/2020

Nom et prénom du malade : BOUJLIL JILLALI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : GLOW.COM

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) :

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
17/06/2010	CS		200,-	MAHBI MOUSSA Signature : MAHBI MOUSSA Date : 17/06/2010

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.10.6.12020	1080,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>VIAQUE DE 110 casabianca, Bia Tél.: 05 22 85 46 21 Fax.: 05 22 96 46 21</i>	<i>17/06/2022</i>	<i>Béatrice Meleagre</i>	<i>500,-</i>

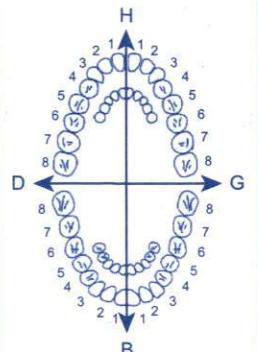
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

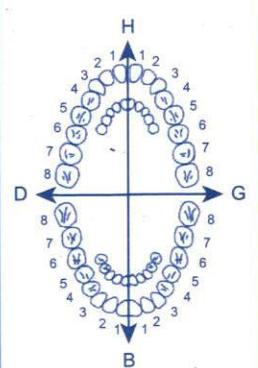
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
CŒFFICIENT 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

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE
(Maladies et Chirurgie des yeux)
Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER
du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie
de la fondation Rothschild-département
d'Oculo-plastie
Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

فريج كلية باريس

داخلي سابق ببريطانيا و بالمركز الفرنسي للعيون

و 15-20 بمشيئة بباريس

روتشيل بباريس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

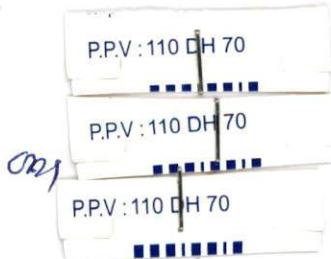
خبير تصريح البصر باللزيك

17/06/2026

m: BOUJEL JILLALI

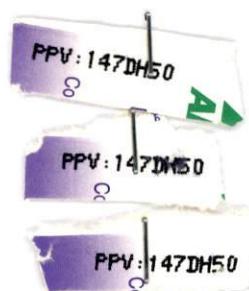
110,70 * 3

C X 1 mm
Y → Y → S.V.



114,750 * 3

① A 1/1 mm
Y → Y → S.V.



102,110 * 3

③ L 1 mm
Y → S.V.



1080,90

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 17/06/2020

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc

le Docteur..... casablanca, mme
..... Tél.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
..... 05 22 29 86 60 / 00 - 05 22 50 15 15
..... Fax: 05 22 86 46 21
a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

+ Biomechanique

Soit la somme de : #100,00 DH

At Cinf. Cent. DH #

Dhs

Cachet et signature

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

544, boulevard panoramique, californie

~~casablanca, maroc~~
tel.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
- 05 44 86 46 31





ORDONNANCE

Casablanca le ... 17/06/2020

Mr BOUBLIL TILLALI

Biométrique

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard panoramique, californie,
Casablanca, maroc
Tél.: 05 22 86 46 18 / 19/20
05 22 29 66 00 / 00 - 05 22 86 15 15
Fax.: 05 22 86 15 21

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard Panoramique, californie,
Casablanca, maroc
Tél.: 05 22 86 46 18 / 19/20
05 22 29 66 00 / 00 - 05 22 86 15 15
Fax.: 05 22 86 15 21



544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc

Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862

ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15

+212 522 86 46 18

+212 522 86 46 19

+212 522 86 46 20

+212 522 29 66 00 / 00

+212 522 86 46 21

✉ info@clinic-oeil.com

🌐 www.clinic-oeil.com