

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 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

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

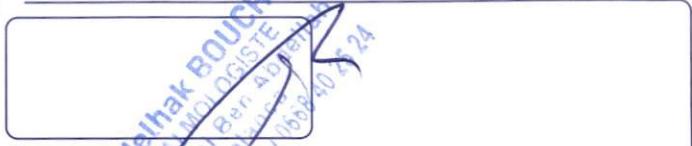
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

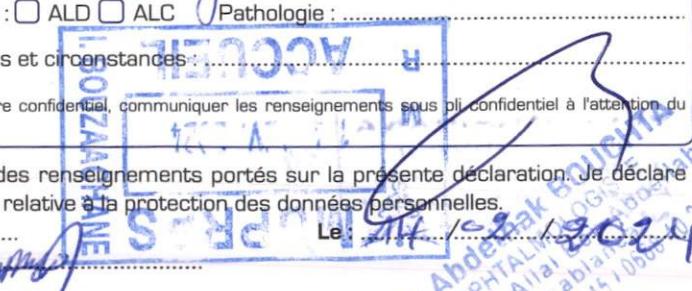
| | | | |
|--------------------------------|--|--|---------|
| Matricule : | 1981 | Société : | Retrait |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | BENOY HONDABE DELAZUB 195037 | |
| Date de naissance : | | 07/09/1949 | |
| Adresse : | | 0645111940 | |
| Tél. : | | Total des frais engagés : 30000 + 678.00 Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Cachet du médecin : | | |
|  | | |
| Date de consultation : | 26/01/2019 | Age : |
| Nom et prénom du malade : | | Younes BOUHABIB ABDELAZIZ |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : | Meilleur état (OPC) | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> ALC |
| Pathologie : | | |
| 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 : 10/01/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/10/12 | C | | 250 mhs | Dr. Abdelhak OPHTALMOLOGIST Rue Aït Ben Haddou Casablanca 52241330 / 0668 40 23 72 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| ARMACIA DE LA Charbonnière GASTON Place KHAIBAR 1 de la Gironde et RUE CASA BLANCA 13230 OS | 26/01/2021 | 6.88,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| DR HASSAN NAIMANI Jihane D'AHMANI Opticien Optométriste Anassi 6 Bd.Md zefzaf N°7 ahl Loughram casa | 31/01/2024 | | | | | 3000,-DH |

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.

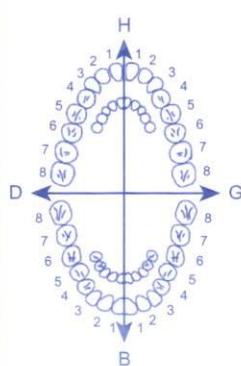
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(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 ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

GSM: 06 68 40 25 24

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوغرافي

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

المحمول : 06 68 40 25 24

Casablancale الدار البيضاء في

BENOUHOUD Abdelaziz 1384/07

Casablanca, le vendredi 26 janvier 2024

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Photochromiques

Oeil Droit : (165° -0,50) , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (180° -2,00) -2,50 , Addition + 3,00



Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTHALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tél 0522 47 33 45 / 06 68 40 25 24

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA
TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72
GSM: 06 68 40 25 24

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-الليزر-أنجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72
المحمول: 06 68 40 25 24

Casablanca le ... 26/10/1124 الدار البيضاء في

7^e BENDOUHOUD. 03 N° 0212-

192,10x3
1, DUOTRON Cottyligne pos 3mis
3 Boites
igt x 1916ml.

30,30
2, ICOMA Collyri.
igt x 5fl.

81,40
310 Miz. 120mg CP
1 CP x 1916 ml =

688,00

PHARMACIE DE LA GIRONDE
Mme Charboui Chafiq Moud
Place KHAIBAR
N° 6 Bd de la Gironde et Rue H.

Tel 0522 30 06

Dr. ABDELHAK BOUCHTA
OPTHALMOLOGISTE
70, Rue ALLAL BEN ABDELLAH
Casablanca
Maroc
Tel 0522 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Facture



OPTICIEN OPTOMETRISTE

Anassi 6 Bd.Med zefzaf N° 7

Ahl Loughlam Casablanca

Tel: 05 22 68 27 18

ICE : 002400510000078 IF : 39498028

Patente : 37155599

RC : 1242

Facture 01914

Mr/Mme: BEN AÏT HADJ ABDEL AZIZ Date 31/01/2024

Dr: ABD EL HAK Bou AHTA

| DÉSIGNATION | MONTANT |
|---|---------------|
| 1 Monture : OPTIGU 8 | 800,- |
| 2 Verres : PROGRESSIF ORGANIQUES PHOTO G10AY | |
| VL : OD : (165 - 0.50) | 1100,- |
| OG : (180 - 2) - 0.50 | 1100,- |
| VP Add | |
| OD : +3 | |
| OG : | |
| TOTAL | 3000,- |

* Arrêter la présente facture à la somme de :

2015 DILLE DIRHADY

Opachet et Signature
Jihane RAHMAMI
Opticien Optometriste
Anassi 6 Bd.Med zefzaf
N°7 ahl Loughlam Casablanca

أيكومب®
Icomb®

Lot: AE0367
Fab: 05 23
Exp: 05 25

PPV: 30 DH 30



የኢትዮጵያ አገልግሎት ስራ ቤት



28

የኢትዮጵያ
አገልግሎት



የኢትዮጵያ

አገልግሎት

LOT: 4319
PER: 05/26
PPV: 81DH40