

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0019298

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8134 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ARISS HICHAM 203780  
Date de naissance : 03/02/69  
Adresse : R.S. KENZI, 11 Rue Lavoisier RTA 3. BOIT 2  
QU. L'ABRITAUX, CASA.  
Tél : 06 64 22 42 01 Total des frais engagés : 4114,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 16/02/2024  
Nom et prénom du malade : ARISS HICHAM Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : CASA

Le : 29/04/24

Signature de l'adhérent(e) :

## 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



# 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
16/02/24	CS	05	300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.02.24	314,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

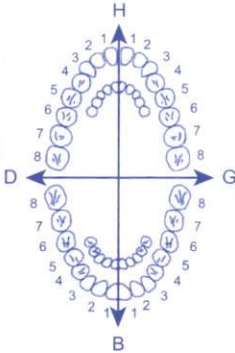
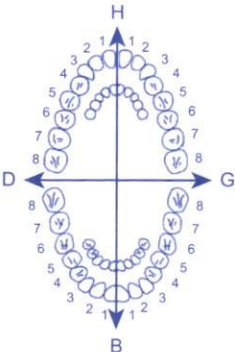
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/06/24					3509

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# VITAL OPTIQUE® SARL

ICE : 000083036000086

Optique - Optométrie  
Lentille de Contact

Facture

N° 000182

Casa le : 29/04/2024

Client : ARIZ HICHAM

DR : NACHAT BOUCHAÏB

Quantité	Désignation	P.U / TTC	Total
1	Monture	1500,-	1500,-
2	Verres progressifs, blancs, durcis, hydrophobes, anti-reflets, filtre bleu Ø 70 mm	1000,-	2000,-
Nomenclature : OD : 431 OG : 43A OD : (25° - 0,50) plan OG : (71° - 0,25) - 0,25 A del : +200		<b>VITAL OPTIQUE SARL</b> Commune Sidi Maârouf JET SAKANE Imm. 10, Mag 02 - CASABLANCA Tél : 05 22 58 41 16 / Fax : 05 22 97 66 09	
TVA 20% incluse soit : 584 Dhs La présente facture arrêtée à la somme de : Trois mille cinq cents dirhams			3500,-



# Dr. NACHAT Bouchaib

## OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd

20 Août Casablanca

- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques



## الدكتور بوشعيب نشاط

اخصائي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

20 غشت بالبيضاء

- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار
- التصوير الرقمي لشبكة العين
- المعالجة بالليزر- تصحيح النظر
- المستعجلات

16/02/2024  
ORDONNANCE  
ARIB Hicham

Casablanca le : .....

DEUX PAIRES DE LUNETTES + MONTURES :  
DE LOIN Organiques

Oeil Droit : (-0,50) à 25°

Oeil Gauche : -0,25 (-0,25) à 71°

DE PRES Organiques

Oeil Droit : +2,00 (-0,50) à 25°

Oeil Gauche : +1,75 (-0,25) à 71°

Dr Bouchaib NACHAT  
Ophtalmologiste  
Résidence Fateh I, Imm 12 N° 2  
Hay Ally Abdellah Bd. Al Qods  
Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 21 25 15 - GSM: 06 61 98 66 06

VITAL OPTIQUE sarl  
Commune Sidi Maarouf "JET SAKANE"  
Imm. 10 Mag 32 - CASABLANCA  
Tél : 05 22 58 41 16 / Fax : 05 22 97 66 09

شارع القدس إقامة الفتاح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء  
B.d ALQODS RESIDENCE AL FATH 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbain 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com



# Dr. NACHAT Bouchaib

## OPHTALMOLOGISTE



Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd  
20 Août Casablanca

- Membre de la société française d'ophtalmologie
- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques

## الدكتور بوشعيب نشاط

اخصائي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
20 غشت بالبيضاء

• عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار
- التصوير الرقمي لشبكة العين
- المعالجة بالليزر - تصحيح النظر
- المستعجلات

## ORDONNANCE

Casablanca 16/02/2024

ARIB Hicham

2 x

- THEALOSE COLLYRE

157,00

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 mois



314,00

صيدلية الياسمين  
PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAHRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tél: 05 22 21 25 15 - GSM: 06 61 98 66 06

Dr Bouchaib NACHAT  
Ophtalmologiste  
Résidence Fateh 1, Immeuble N° 2  
Hay Mly Abdellah Bd. Al Qods  
Ain Chock - Casablanca  
Tél.: 05 22 21 25 15 - GSM.: 06 61 98 66 06

شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء

B.d ALQODS RESIDENCE AL FATH 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbain 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com



STERILE A



25°C

معقم

تاريخ أول فتح

Date de première ouverture



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SO'HEMA  
12, rue Louis Blézet  
63017 - Clermont-Ferrand - France  
PFC : 157 00 Dh



VR2762C10MAR/0722



X262L

Détenteur de la décision d'homologation :

Laboratoires Théa  
12, rue Louis Blézet  
63017 - Clermont-Ferrand Cedex 2  
France

صاحب شهادة المستلزم الطبي:

مخابر ثيّا

12، شارع لويس بليرير

63017 كليمون-فيران-فرنسا - سينيكي 2 فرنسا

Théa CE 0459