

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **aire :**

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.

## **die 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**

éclamation : contact@mupras.com

rise 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 personnelles.

**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



Maladie

Dentaire

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 04804

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAAKISI

Abdellah

Date de naissance : 13-01-1960

Adresse : Benichid

Tél. : 0666353691

Total des frais engagés : 3700,00 Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/09/20

Nom et prénom du malade : Dr. LAAKISI ICHAMJA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : V. de fte

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 faits sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAF Le : 17 SEP. 2020

Signature de l'adhérent(e) : CAF

**ACCUEIL**

**Le : ..... / ..... / .....**

## 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
03/09/20	C.I.D.A	2	200 DHS.	Dr. Abdelhak
03/09/20	G.			10/09/2020 T. 0352247474412

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

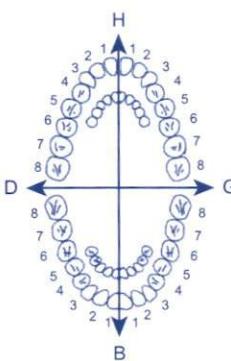
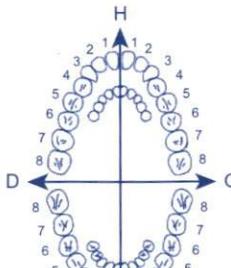
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Optique Mille pour Cent Opticien - Optométriste	03/09/2020					3500 DH

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>				H	25533412 21433552	00000000 00000000		D		00000000 00000000		B	35533411 11433553	G		<b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
H	25533412 21433552															
00000000 00000000																
D																
00000000 00000000																
B	35533411 11433553															
G																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>				H	25533412 21433552	00000000 00000000		D		00000000 00000000		B	35533411 11433553	G		<b>MONTANTS DES SOINS</b>
H	25533412 21433552															
00000000 00000000																
D																
00000000 00000000																
B	35533411 11433553															
G																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">[Creation, remont, adjonction]</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>				H	[Creation, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		D		B		G		<b>DATE DU DEVIS</b>		
H	[Creation, remont, adjonction]															
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
D																
B																
G																



Opticien - Optométriste

Facture :

0001742

Date : 07/09/2020

Mr : LAAKISSI KHADIJA

Docteur : ABDELHAK BOUCHTA

Type des Verres : PROGRESSIF ORNA AK

Monture : OPTIQUE 100%

\* Vision de Loin :

OD	Axe	90	Cyl	-050	Sph	+125	1250
OG	Axe	90	Cyl	-050	Sph	+125	1250

\* Vision de Prés :

OD	Axe	Cyl	Sph
OG	Axe	Cyl	Sph

Add : +2.75

Montant : 3500

Optique Mille pour Cent  
Opticien - Optométriste

Trois mille cinq cent dinars

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C: 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211 - INP : 91023705

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPECIALISTE 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  
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العين - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافيا  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70 ، زنقة علال بن عبد الله - المطابق الأول - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca , le ..... الدار البيضاء ، في

LAAKISSI Khadija 825/11

Casablanca, le jeudi 3 septembre 2020

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Photochromiques

Oeil Droit : (90° -0,50) + 1,25 , Addition + 2,75

Oeil Gauche : (90° -0,50) + 1,00 , Addition + 2,75

Optique Mille pour Cent  
Opticien - Optométriste

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
70, Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca  
Tél. .... 0522 47 33 45 - 0522 47 14 72