

# 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.

## Diologie 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.

## 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.

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- 048749

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2528 Société : R.A.M. (49716)  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHATOUI Bouchta  
Date de naissance : 01.01.1948  
Adresse : Quartier INARA, Ard El Kheir Rue 8 N° 9  
Ain chock CASABLANCA  
Tél. : 06 04 80 52 07 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 02/12/20  
Nom et prénom du malade : 17 CHATOUI Bouchta Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Vue d'apt (OCC)  
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 : CASABLANCA  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
02/12/20	E		200 Mls	Dr. Abdelhak BOUCHTA Ophthalmologiste 70, Rue Allal Ben Abdellah 1 <sup>er</sup> Etage - Casablanca Tel: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 12

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIC KHAÏEL Opticien Optométriste Agréé Coopérative Equilibre 1er N° 443 - DEROUA	02-12-2020	3000,00 Mls

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

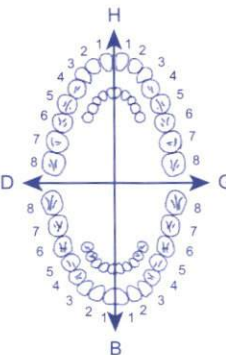
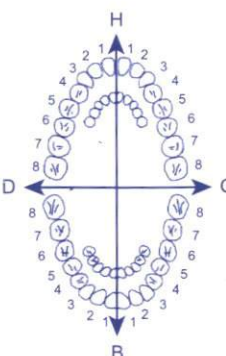
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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"/>
	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

**DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA**

**SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX**

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

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

**الدكتور عبد الحق بوشطة**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي  
عضو الجمعية الفرنسية للأمراض العيون

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

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

**CHATOUI Bouchta 800/04**

Casablanca, le mercredi 2 décembre 2020

**UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :**

**PROGRESSIFS Photochromiques**

Oeil Droit :  $(105^\circ -1,75) + 0,50$  , Addition + 3,00

Oeil Gauche :  $(65^\circ -0,50) + 1,25$  , Addition + 3,00

**OPTIC KHAÏI**  
Opticien Optométriste Agréé  
Généraliste - 1er  
N° 1.3 - DEROUA

**Dr. Abdelhak BOUCHTA**  
Ophtalmologiste  
70, Rue Allal Ben Abdellah  
1er Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72



# Optic Khalfi

## Opticien Optométriste

N° 1078

Date: 02-12-2020

Nom : CHATOU BOUCHTA.

Docteur : ABDELHAK BOUCHTA.

N° de Facture:

		Prix
VL	OD : $(105^\circ - 1,75) + 0,50$	1300,00
	OG : $(65^\circ - 0,50) + 1,25$	1300,00
	OD : addi +3,00	
VP	OG : addi +3,00	
	ODG :	
Verres	progressif MINERAUX Blanc ANTIREFLEX	
Monture	plastique optique	400,00

Total : 3000,00

Arrêtée la presente facture à la somme de : Trois mille

DH

CODE / INPE  
170518084

Cachet et Signature :

OPTIC KHALFI  
Opticien Optométriste Agrée  
Coopérative Echabab 1er  
DEROUA

113 Lotissements echabab 1<sup>ère</sup> tranche DEROUA

Patente N° 55802232 / RC: 21012 / IF: 20712014 / ICE: 001844556000086