

## RÉCOMMANDATIONS 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.

MUPRAS  
RECEPTION  
NW19-442081

MUPRAS  
RECEPTION  
9

Maladie  Dentaire  Optique

Malade : **21,873** Cadre réservé à l'adhérent (e) : **9020** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **KHAZIDI ADIL**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0662763203** Total des frais engagés : **1809,02** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Abdellah BOUCHTA**  
OPHTALMOLOGISTE  
70, Rue Allal Ben Abdellah  
Casablanca  
Tél. 0522 47 30 45 - 0522 47 14 72

Date de consultation : **20/02/2020**

Nom et prénom du malade : **CHENNEM EL ICHANSAN** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Maladie de refroidissement**

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 : **Carap** Le : **1/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Beny**

| 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  |
| 29/02/2010                     | CS                |                       | 200                             | INP : 33 109688<br><br><b>Dr. Abdellah BOUCHTA</b><br>OPHTA. UROLOGISTE<br>70, Rue. Dr. A. Ben Abdellah<br>Casablanca<br>Tel. : 0522 47 3 10 - 0522 47 14 7 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |   |                                     |   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|---|--|---|-------------------------------------|---|----------|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |  |   |                                     |   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |  |   |                                     |   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>  | <b>Dents Traitées</b><br>(List of treated teeth) | <b>Nature des Soins</b><br>(Nature of treatments) | <b>Coefficient</b><br>(Coefficient) | INP : <input type="text"/>  |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |                                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |                                     | MONTANTS DES SOINS  |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |                                     | DEBUT D'EXECUTION   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |                                     | FIN D'EXECUTION   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |                                     | <b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>  |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |                                     | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> |          |  |  | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | G |  | Coefficient des travaux : <input type="text"/> |
|   |  |   |                                     | H   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |                                     | 25533412  | 21433552 |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |                                     | 00000000  | 00000000 |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| D   |  |   |                                     |   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| 00000000  | 00000000   |   |                                     |   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| 35533411  | 11433553   |   |                                     |   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| B   |  |   |                                     |   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| G   |  |   |                                     |   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                       |  |   |                                     | Montants des soins : <input type="text"/>   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |                                     | Date du devis : <input type="text"/>  |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |                                     | Date de l'exécution : <input type="text"/>  |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |  |   |                                     |   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  |  |   |                                     |   |          |  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |

# 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

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 - الطابق الأول - الدار البيضاء

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

الدار البيضاء، في ..... 2/20

GHENNELEM VILLE

OPHTALMED  
PPC  
89.00 DHS

LE CREPUSCULE  
Casablanca II N° 13

LOT 19007  
PER 07/22  
PPV 152 DH 50

LOT 19007  
PER 07/22  
PPV 152 DH 50



6 8001 101092  
VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

6 8001 101092  
mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g  
HARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

PPC: 135,00

E01 9  
07/2022

Dr. Abdelhak  
OPHTA.  
n. Rue Allal  
Casablanca  
3227

