

## 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.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-437031

63918

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9437	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	9me ADGHOGHT DALILA EP. TAZI
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 062 84 64 32		Total des frais engagés : 126000 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Aitellak Bouchta OPH/ALMOGLIS 10 Rue Allal Ben Abdellah Casablanca 0522 47 34 45 / 0522 47 34 45			
Date de consultation : 06/03/21, Tel. 0522 47 34 45			
Nom et prénom du malade : 17 TAZI. MOHAMED Age : 14/21			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Je de la fai			
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) : 			
Le : 17/03/2021			

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) : 

### 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
06/10/2011	6		200 DHS	INP : 3310288512 Dr. Abdelhak OPHITALMOLOGISTE 10, Rue Alphonse Ben Arous Casablanca Tél: 0522273340 / 0524411112

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIographies

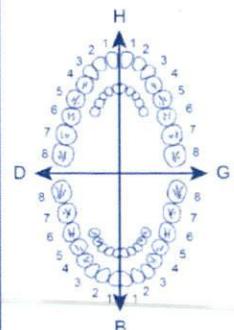
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

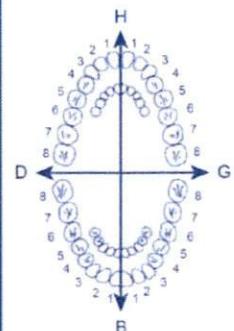
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. D'OPTIQUE ET CAPITAIS LUNARISATION 300.000 DHS Boulevard Mohamed V Casablanca 10221841	6/10/2011	1 monture				2400 DHS
		+ 2 Verres				

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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

الدكتور عبد الحق بوشة

العيون وجراحة أمراض اختصاصي

طب حول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوغرافي  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العين

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

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

TAZI Mohamed

Casablanca, le samedi 6 février 2021

## UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

## DE LOIN Organiques

Oeil Droit : (0° -0,25)

Oeil Gauche : (0° -0,25)

Dr. Abdelhak BUCHTA  
OPHTALMOLOGISTE  
10, Rue Allah Ben Abdellah  
Casablanca  
Tel: 0522 47 30 46 47 14 72

# SOCIÉTÉ D'OPTIQUE MAROCAINE

22 - 24 Bd. Mohammed V - Casablanca - Tél. 05 22.22.18.47 - Fax : 05 22.47.53.76

SA D'OPTIQUE MAROCAINE s.a.r.l  
OPTIQUE LUNETTERIE

IC 600800321  
CAPITAL : 300.000 DHS

22-24, Boulevard Mohammed V

15 22 22 18 47

N° d'Identification 600822

M. TAZI 22-24, Boulevard Mohammed V

Casablanca, le Same di 6 février 2021

Ordonnance de M. le Docteur A.B DEL HAK Bouchta

Loin { O.D. = n° 407  
O.G. = n° 407

NUMEROS DE NOMENCLATURE

CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION

Sté. D'OPTIQUE MAROCAINE s.a.r.l

OPTIQUE LUNETTERIE

CAPITAL : 300.000 DHS

22-24, Boulevard N. Mohammed V

15 22 22 18 47 CASABLANCA

DP { O.D. = n°  
O.G. = n°

## FOURNITURES

1	Monture	<u>Optique</u>	<u>900 DH</u>
	Monture		
2	Verre n°	<u>407 organique</u>	<u>1500 DH</u>
	Verre n° + Antireflet		
	Verre n° bleu		
	Verre n°		
	Etui		
		<b>TOTAL</b>	<b>2400 DH</b>

Dont Taxe sur les Services de % comprise pour DH .....

La présente facture arrêtée à la somme de :

deux mille quatre cent

Sté. D'OPTIQUE MAROCAINE s.a.r.l  
OPTIQUE LUNETTERIE  
CAPITAL : 300.000 DHS  
22-24, Boulevard Mohammed V  
15 22 22 18 47 CASABLANCA