

ECOMMANDEMENTS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

entaire :

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3011

Société : RAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN JABOUR MUSTAFA

Date de naissance : 01-01-1945

Adresse : NARTISI 7ème étage WAFIK Benabdellah

Tél. 06 50 24 91 87

Total des frais engagés : 98,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdellah BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1^{er} Etage Casablanca
Tél. 05 22 47 33 48 / 05 22 47 14 72

Date de consultation : 23/06/21

Nom et prénom du malade : Yous BON JOUR

Age : 76 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Mal de yeux

Enfant

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 : Benrechid

Le : 23/06/21

Signature de l'adhérent(e) :

D. B. O.



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/06/21 | C | | 0 | Dr. Abdelhak BOUCHE Ophtalmologiste Boulevard Alaa Ben Abdellah Casablanca - Maroc - Casablanca Télé: 05 22 41 33 45 / 05 22 47 14 72 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE SABRY T.S.I. 05 22 33 61 88 Dr. Ibrahim Roudani | 22/06/21 | 98,30 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|--|------------------|-------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | FIN D'EXECUTION |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | DATE DU DEVIS |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

دُوَّر عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين - عدسة الاتصال - الميز - أنجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70، زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 74 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 23/10/21. الدار البيضاء، في

7^م Berjansour - MUSTAFA

6800

11 Diclofenac 5% eye drops

30 x 3 ml

21

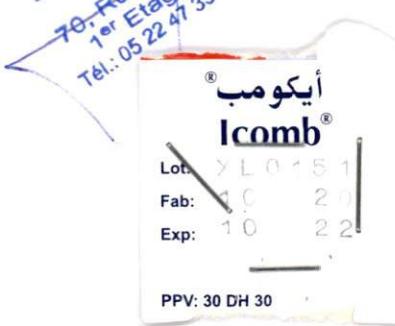
ICOMB eye drops

30.30

T = 98.30



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



DICLODED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouf, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PHARMACIE SARY - Berrechid

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID



Facture N° 20210628-996

Date de vente : 23/06/2021
Médecin traitant : A. BOUCHTA

BENJABOUR MUSTAPHA

BERRECHID, Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|--------------------------|------|-------|-------------|-------|
| ICOMB CL 5ML COLLYRE | 1 | 30,30 | TVA (7.00%) | 30,30 |
| DICLOCED CL 10ML COLLYRE | 1 | 68,00 | TVA (7.00%) | 68,00 |

| | |
|--------------|------------------|
| Total HT | 91,87 DHS |
| TVA | 6,43 DHS |
| Total | 98,30 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-dix-huit DHS et trente centimes

**صيدلية ساري
PHARMACIE SARY
99 , Bd Brahim Roudani
BERRECHID
Tél : 05 22 33 61 86**