

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

Optique :

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.

Prothétique :

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

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

Nº P19- 063653

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 04804

Société : 108543

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LA AKISSI Abdellah

Date de naissance : 13.01.1960

Adresse : Benchich

Tél. : 0666853691

Total des frais engagés : 2350,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/03/2012

Nom et prénom du malade : LA AKISSI - ZINGB. Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Vme de ref C004

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)



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
09/03/22	2		25000	Dr. Abdellah BOUCHTA CHIRURGIEN LOGISTE 10, Rue Allah Ben Abdellah Casablanca +212 33 45/0522 47 14 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
	12					
	03					
	22					
						2100.00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

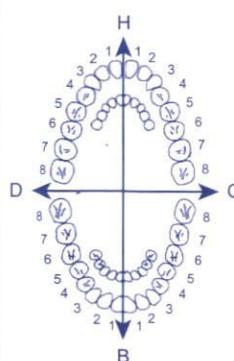
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Optique 1000 %

Opticien - Optométriste

Facture : N° 009378

Date : 02.03.2026

Mr : LAAKISSI ZINEB

Docteur : ABDELHAK BOUCHTA

Type des Verres : ORMA BLAU 300

Monture : OPTIQUE

Vision de Loin :

OD	Axe	170	Cyl	-0.50	Sph	+1.50	600
----	-----	-----	-----	-------	-----	-------	-----

OG	Axe	170	Cyl	-0.50	Sph	+1.25	600
----	-----	-----	-----	-------	-----	-------	-----

Vision de Prés :

OD	Axe		Cyl		Sph	
----	-----	--	-----	--	-----	--

OG	Axe		Cyl		Sph	
----	-----	--	-----	--	-----	--

Add :

Montant : 2100

Deux mille cent dinars

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

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

T.P : 023451 - Patente : 30057211

Optique Mille Pour Cent
Optométriste & Opticien
N°425 Centre-Ville Bd. Anglais
Casablanca

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 1^{ER} ETAGE CASABLANCA

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

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTHALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tel.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-الليزر-angiographic

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء 70

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

LAKISS

LINEB

Monture + verre à gamme

u =

OD : -1,50 (-0,50 à 173)

OS : -1,25 (-0,50 à 173)

Optique Mille Pour Cent
Ophtalmologiste & Opticien
N° 425 Centre - Ville Bd. Anglais

anti reflet

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTHALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tel.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

