

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-620200

Par Courriel

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01213 Société : 194283
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mohamed MOUSSAÏR
 Date de naissance : 15.08.1949
 Adresse : 50, Lotissement El Manzah Mohammédia
 Tél. : 0662875416 Total des frais engagés : 339,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUCHTA Tari
 Ophtalmologiste
 Rachidia 3, N°220, Bloc B - El Alia
 Mohammédia - Tél.: 0523 27 101

Date de consultation : 13 / 08 / 2022
 Nom et prénom du malade : Mohamed MOUSSAÏR Age : 72 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cataracte

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 : Mohammédia Le : 13 / 08 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-620200

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.


Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01213
 Nom de l'adhérent(e) : MOUSSAÏR
 Total des frais engagés : 339,00
 Date de dépôt :

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
03/02/22	C8	25804	INP : 199173544	Dr. BOUCHTA Tarik Ophtalmoplogiste Rachidia 3, N°220, Bloc B - El Alia Rachidia - Tél.: 0523 27 10 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/05/22	89100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

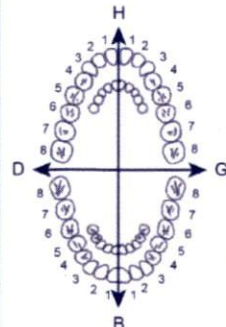
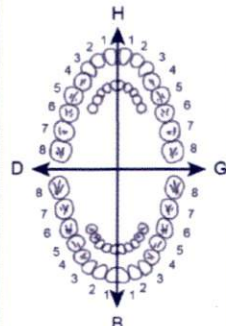
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
				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

DR. TARIK BOUCHTA

**CHIRURGIEN
OPHTALMOLOGUE**

ANCIEN MÉDECIN DE L'HÔPITAL 20 AOÛT

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE VERSAILLES - PARIS

CHIRURGIE DE LA CATARACTE
STRABISME / MALADIE DE LA RÉTINE
DIABÈTE OCULAIRE / GLAUCOME / LASER

الدكتور طارق بوشطة

أخصائي طب وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

**حاصل على دبلوم من كلية الطب
بفرساي - باريس**

**جراحة المياه البيضاء "العتالة"
الحول / أمراض الشبكية / المياه الزرقاء
السكري / ارتفاع ضغط الدم / الليزر**

HAY EL ALIA, RACHIDIA 3, N220
1ER ÉTAGE, EN FACE STATION PETROMIN
AU DESSUS CAFÉ WASHINGTON
MOHAMMEDIA

في العالية، الرشيدية 3، رقم 220
الطابق الأول، أمام محطة البنزين بترومين
فوق مقهى واشنطن، المحمدية



CONTACT

0523 27 10 10

INFO@DRTARIK.COM



13/05/2022

Moussafir Notamed

89,00

①

Visibilité


S.V

2 goutte x 3/4

Dr. BOUCHTA Tariq
Ophtalmologiste
Rachidia 3, N°220, Bloc B - El Alia
Mohammédia - Tel.: 0523 27 10 10

HARMACIA PALMIER
Recevoir - Angle Bd Zerktouni
et el - Moussamen, tran "B", N°4
Mohammédia - Tel: 0523329895





Merci de tenir compte du tarif de remboursement dont bénéficie le couple affilié à la MUPRAS.

~~C'est juste pour éviter un éventuel rappel et une éventuelle correction a posteriori.~~

cordialement