

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0013504

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 74CA Société : 126190

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KOTNI NAIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 061639891 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Ela. Sti

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W19-561010

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7167	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KOTI N. NAÏF			
Date de naissance : 01/01/57			
Adresse : Lot ARD SGHIR N°1 Mohammed V			
Tél. : 06 61 63 28 91 Total des frais engagés : 62 87,5 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10/01/2010			
Nom et prénom du malade : El Koti Naim Age : 1977			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Glucosurie diabétique			
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 : *Aliai Ben Abdellah* **Le :** *10/01/2010*
Signature de l'adhérent(e) : *El Koti*

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-561010
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 : **7167**
 Nom de l'adhérent(e) : **El Koti**
 Total des frais engagés : **62 87,5**
 Date de dépôt :

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
11/11/2012	Consultation	1	20000	INF 30412874414 Signature : ... Date : 11-11-2012

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. J. L. BOURGEOIS Loussemagne, 23230 Aulnay Tél : 05 33 28 10 01	10/06/2022	1781,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE D'ABBEY 06-07-01-15-70 05-21-94-19-54	2008-08-08-08-08					25001 100 mvt

VOLET ADHERENT

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

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 l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS								
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION								
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 00000000	D	B	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G											
25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 00000000											
D	B											
35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS								
				<input type="text"/> DATE DE 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 بوشة

أخصائي طب وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

حاصل على دبلوم من كلية الطب

بفرنسا - باريس

جراحة المناه البيضاء "الجلالة"
الحول / أمراض الشبكية / المياه الزرقاء
السكري / إرتفاع 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 البترول بترومين
فوق مقهى واشنطن ، المحمدية



CONTACT

0523 27 10 10

INFO@DRTARIK.COM



avril 2022

El Kotni Naima

178,90 × 8

(S.V)

1) Unoprost N° 8

99,00 × 2

(S.V)

Hycalog N° 2

2 gouttes x 6/.

158,30

(3)

Aprovel 100 mg N° 1

1 CP/1

178,15

Mohammedia - Tel: 0523 27 10 10
Rachidia 3, N° 220, Bloc B - El :

Dr. BOUCHTA Tariq
Ophthalmologiste

Pharmacie Al Akssa
Dr. Mezouki Khalid
5 Louis Pasteur Street, Hay El Alia
Tél: 05 23 28 10 80

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH
AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH
AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

1/i
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaï Casablanca
Aprovel 150 mg. cp b.28
P.P.V : 158,30 DH
6 118001 080892

LOT
PPC
DHS

09,00

0081021
2023-10-12
99,00

09,00

PPC DHS
LOT

DR. TARIK BOUCHTA
CHIRURGIEN
OPHTALMOLOGUE

ANCIEN MÉDECIN DE L'HÔPITAL 20^e 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 بوشة

أخصائي طب وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت
حاصل على دبلوم من كلية الطب
بفرنسا - باريس

جراحة المياه البيضاء "الجلالة"
الحول / أمراض الشبكية / المياه الزرقاء
السكري / ارتفاع ضغط الدم / البليز

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 بترولين
فوق مقهى واشنطن ، المحمدية



CONTACT
0523 27 10 10
INFO@DRTARIK.COM



٢٠١٦/٦/٢٢

B Kotni Naima

Ols + 1,50 (-0,25 = 80)

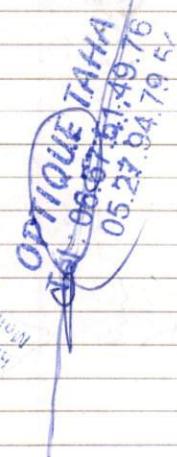
Ols + 1,50

Abs + 2,50

+ 2 Montures

Antireflets

Dr. BOUCHTA Tarik
Ophtalmologue
Rachidia 3, N°220
Tel.: 0523 27 10 10



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 بوشة

أخصائي طب وجراحة العيون
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت
حاصل على دبلوم من كلية الطب
بفرنسا - باريس

جراحة المياه البيضاء "الجلالة"
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

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



CONTACT
0523 27 10 10
INFO@DRTARIK.COM



10/06/2022

je suis

avoir reçu en consultante

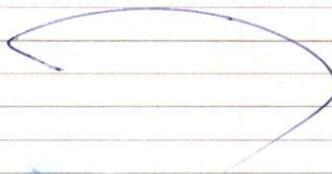
Mr El Khati Naima

qui présente un glaucome

Chronique nécessitant

un traitement chronique

Nerzi



TAHA Optic

بصريات تaha

Bd, al Maghrib al Arabi, N° 377,
(souk al baladi) El Alia - Mohammedia

Tél.: 05 27 94 79 54
06 67 51 49 76

شارع المغرب العربي. الرقم 377
(السوق البلدي) العالية - المحمدية

الهاتف : 05 27 94 79 54
06 67 51 49 76

FACTURE

N° 001317

Mohammedia le : 09/08/2022

M : EL ROTNI NAIMA

VL

OD : cyl sph +1.50 (-0.25 à 8.0)

OG : cyl sph +1.50

VP

OD : cyl sph Add: +2.50

OG : cyl sph Add: +2.50

Verres : 1LL 1.50g / AR Blan 25.00,-

cyl 0.50g / AR

Monture : Optique

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

~~Des lunettes cylindriques Cat D, l. 22.50
Tél: 05 27 94 79 54
06 67 51 49 76
OPTIQUE TAH~~

ICE : 002870066000063

IF: 40250220