

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23- N° 0042884

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6423 Société : R.A.M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAJBAR BOUCHAÏB
Date de naissance : 23/10/21/1967
Adresse : 10 Rue ANVERS CATH
Tél. : 0034672020 Total des frais engagés : 50 + 100 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
77, Rue Allah Ben Abdellah
Casablanca
Tél. : 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

Date de consultation : 26/12/23
Nom et prénom du malade : BAJBAR INES Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : de repart ok
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/12/23	G2 + F.O		250 + 100 350	Dr. Abdelhak BOUGHAFIA OPHTALMOLOGISTE Rue Allah Ben Abdou Casablanca 22 47 33 45 / 06 22 47 15 72

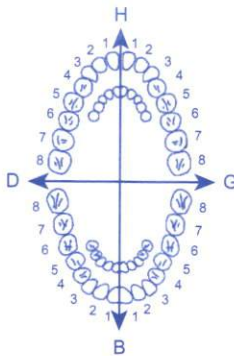
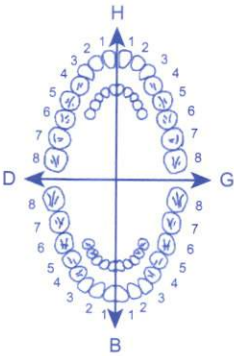
[illegible][illegible][illegible]

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																																									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																								
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																								
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																								
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																								
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> B </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> </table>				H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		B				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															
	H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																									
	B																																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																											
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																									
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																								

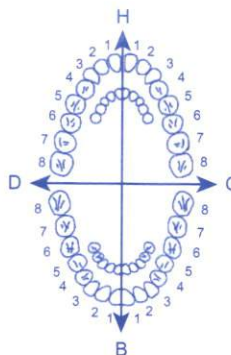
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 de l'ODF.

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


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000					
	00000000 35533411	00000000 11433553					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>					

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

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

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوجرافية

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء

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

Casablanca le 26/12/2023 في الدار البيضاء

BARINES

Fortune + ren agam

u = OD : - 2,75 (- 2,50 180°)
OG : - 3,50 (- 3,50 175°)
spherical

RECART
Opticien
HABIBIYA
Opticien Optometriste
70, Bd Mohammed V - Tél : 05 22 47 33 45

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tel : 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAIS D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

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

Casablanca, le 26/12/23 في الدار البيضاء،

Honoraires

Reçu de Mr

BAJBAR INES

La somme de

350 DH

Pour

consultul + Fond de l'oeil

Cacher - signature

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tél 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

OREG'ART optique

HABZI Mariya

Opticienne optométriste

20 Bd Mimosas - Ain Sebâa – 20950 Casablanca

TEL. 05 22 67 29 47 / 06 33 60 87 43



REG'ART



095013462

FACTURE

Client BAJBAR INES

N° réf. Client 002361

Date 05/01/2024

Vendeur Mariya HABZI

Ordonnance du Dr ABDELHAK BOUCHTA

Œil droit				Œil gauche			
Sphère	cylindre	axe	add	Sphère	cylindre	axe	add
-2.75	-2.50	180		-3.50	-3.50	175	

Type	Libellé	Prix TTC
MONTURE VL	MONTURE ENFANT	800.00 DHS
Verre OD-VL	ORGANIQUE AMINCIS ANTIREFLET	700.00 DHS
Verre OG-VL	ORGANIQUE AMINCIS ANTIREFLET	700.00 DHS

TOTAL 2200.00DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DEUX CENT DIRHAM

REG'ART
Optique
HABZI MARIYA
Opticienne optométriste
20, Bd Mimosas Ain Sebâa
Casablanca - Tél : 05 22 67 29 47

REG'ART optique

20 Bd Mimosas - Ain Sebâa – 20950 Casablanca

TEL. 05 22 67 29 47 / 06 33 60 87 43

I.T.P : 30555862 / I.F : 20728571/ RC : 429170 / ICE :001872644000056 / INPE : 095013462