

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

M22- 0023799

Maladie Dentaire Optique ¹⁹³⁰⁰⁹ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3059 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : RIFAÏ ALI
Date de naissance : 1957
Adresse : RUE DE DOUAI BELVEDERE
CASABLANCA
Tél. : 0664860041 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. Abdellhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allah Ben Abdellah
Casablanca
Tél. 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72
Date de consultation : 05/12/23
Nom et prénom du malade : M. RIFAÏ ALI Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Vue droite (osc)
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 : CASABLANCA Le : 05/12/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
05/11/23	G Tfo		300MIS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	08-12 2023					450qreb

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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																
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

الدكتور عبد الحق بوشطة

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

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

طب الحول-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA
TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

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

Casablancale 05/12/23 في الدار البيضاء

RIFAI Ali

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

Monture + ver

Signature

M =
OD : +1,75 (-1,25 à 110°)
OG : +1,50 (-0,50 à 60°)
onli self

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

VR

prescription

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

OD : +2,50
OG : +2,50

OPTIQUE RED



IF : 40178251

ICE : 0008056000089

Facture

0000731

Casablanca : 08/12/2023

Mr (e) : Rifaï ALI

Optique Red
Bd Moudiboukita N°70
Bloc J - Casablanca

Désignation	RU	Montant
Vision de loin		
OD: (110° - 1.25) + 1.75		2000-
OG: (60° - 0.50) + 1.50		2000-
Vision de près		
OD: 2.50		
OG: 2.50		
Monture		5000-
Verres : Progressive		
Arrêter à la présente facture a la somme de		4500-
Quatre mille cinq cent		

Payé Espèce

Bd Moudiboukita Bloc(J) N°70 Kasba Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N° 36612797