

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 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 une fois par an.

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



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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0043131

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6403 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 1983
 Nom & Prénom : BOJAN BOUCHTA
 Date de naissance : 27/02/1967
 Adresse : 10 Rue ANVERS CASAB
 Tél. : 0634672020 Total des frais engagés : 360 + 4000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
0522 21 33 45 / 0668 40 25 24

Date de consultation : 02/01/24
 Nom et prénom du malade : BOJAN BOUCHTA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : vue défectueuse
 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 : CASAB Le : 02/01/24
 Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
02/10/12	G TFO		350MT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06-02-2016	4000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

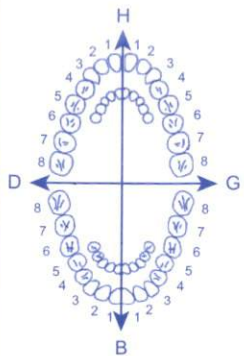
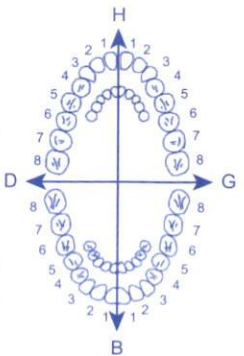
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																
	<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></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

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 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 02/01/14 في الدار البيضاء

Honoraires

Reçu de Mr

BAGBAR BOUCHTA

La somme de

350 MA

Pour

consultation + Fond de l'oeil

Cacher - signature

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tél 0522 47 33 45 / 0668 40 25 24

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-انجيوجرافي

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 leالدار البيضاء في

BAJBAR Bouchaib 983/00

Casablanca, le mardi 2 janvier 2024

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : $(130^{\circ} -0,50) + 2,00$, Addition + 2,50

Oeil Gauche : $(50^{\circ} -0,75) + 1,75$, Addition + 2,50

REÇU
AKT
Opticien
HABZILAH
Opticien Optométriste
20, Bd Marmoutas Ain Sebba
Casablanca - Tél : 05 22 67 29 47
Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tél: 0522 47 33 45 / 0668 40 25 24

REG'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 BOUCHAIB

N° réf. Client 002367

Date 06/02/2024

Vendeur Mariya HABZI

Ordonnance du Dr ABDELHAK BOUCHTA

Œil droit				Œil gauche			
Sphère	cylindre	axe	add	Sphère	cylindre	axe	add
+2.00	-0.50	130	+2.50	+1.75	-0.75	50	+2.50

Type	Libellé	Prix TTC
Monture VL	MONTURE HOMME	700.00DHS
Verre OD-VL	PROGRESSIF ORGANIQUE AMINCIS	1800.00 DHS
Verre OG-VL	PROGRESSIF ORGANIQUE AMINCIS	1800.00 DHS

TOTAL 4000.00DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE MILLE DIRHAMS

REC'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