

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 Bioologie :

- 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 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° W19-430058

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 9059 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUADDEN Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 100.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUADDEN HAMZA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

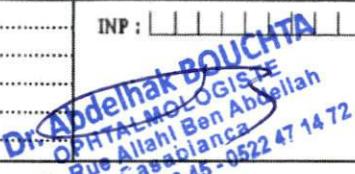
Fait à : Casablanca

Le : 12 SEP. 2013

Signature de l'adhérent(e) :

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20/09/09 | C | | 200 | INP :  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

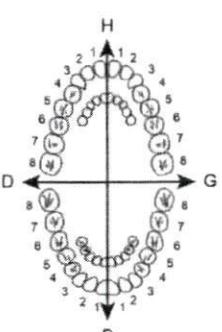
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

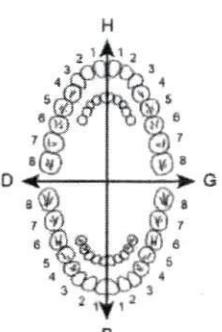
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
|  | 20/09/09 | 24 | 1 | 2 | 1 | 600 |
| | | | | | | vers 1800 |
| | | | | | | ET 521 00 |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | G |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DOCTEUR ABDÈLHAK 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 - 1^{er} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العين - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

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

Casablanca, le 3

2019

الدار البيضاء، في

Mohamed Abdelhak BOUCHTA
Dr. Abdelhak BOUCHTA
70, OPHTHALMOLOGISTE
Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tél.: 0522 47 33 45 - 0522 47 14 72
HAMZA

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

DE LOIN Organiques *auj + jth bleu.*

Oeil Droit : (0° -3,25)

Oeil Gauche : (0° -0,50)

OPTIQUE ESSALAM
N° 21 Abdellah
10, M'hamed El Adida
GSM: 06.68.79.90.93 - CASA

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTHALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tél.: 0522 47 33 45 - 0522 47 14 72

OPTIQUE ESSALAM

NAIRY Abdellatif

Opticien Optométriste

155, Rue GAGNE PAIN (Ex Rue DES ANGLAIS)
CASABLANCA - Tél.: 06 68 79 00 93

Patente : 300 10 533

R.C : 377 310

I.C.E : 000521641000093

I.F : 39812085

C.N.S.S : 8661218

FACTURE N° 1185

Casa le 03/09/2019.

M. MOUADDEN Hamza Doit



| N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION DU Docteur | Vision de Loin O.D. <i>mpo</i> O.G. <i>yo9</i> | Vision de Prés O.D. O.G. | Docteur Foyer | SUPPLEMENT |
|---|--|--------------------------------|---------------|------------|
| | | | | |

Fournitures :

Montures

600,-

Verres ORKA ANT SUR 100% RIS

o.D. (0° -3,25)

750,-

o.G. (0° -0,50)

750,-

(240 x 260)
240 260

OPTIQUE ESSALAM
NAIRY Abdellatif
155, Rue GAGNE PAIN
CASABLANCA
Tél. 06 68 79 00 93

TOTAL

2100,-

Arrêtée la présente facture à la somme de

Delet
Cest Dhs.

27/ce