

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

25183  
9290

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAXIR Moncef

Date de naissance :

Adresse : DERB GHALEF Rue 51 N° 10043 A

Tél. : 066 00 33 20 8

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Age : 58 AHS

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

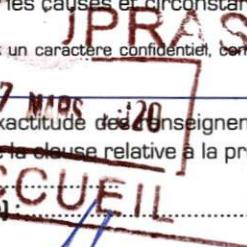
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle.

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 : ..... / ..... / .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e)



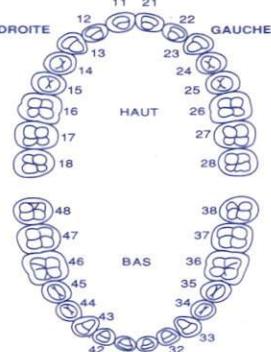
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

### Coefficient des travaux

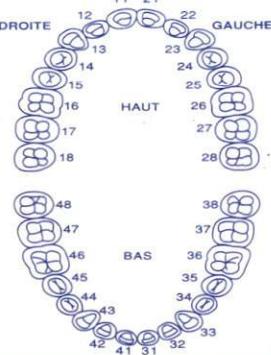
### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

### O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



D	25533412 00000000	H	21433552 00000000
	00000000 35533411	G	00000000 11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

### VOLET ADHERENT

NOM : *SANZIR Mohamed*

Mme 9290

DECLARATION N° **P 17 / 0064859**



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

*300 + 349 + 3140*

*3 Pièces*

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Cachet  
MUPRAS



**P 17 / 0064859**

**DATE DE DEPOT**

/201

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 9290

Nom & Prénom : *SANZIR Mohamed*

Fonction : *RETRAITÉ* | Phones : *0660038208*

Mail

### MEDECIN

Prénom du patient : *ANOUAR IDRISI Lalla Khadija*

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : *58 ANS*

Date : *28/02/2020*

Date 1ère visite

*me de reçus*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>S</i>		<i>200</i>

PHARMACIE | Date : *28/02/2020*

Montant de la facture

*349,00*

### ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**CACHET**

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : *28/03/2020*

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

*3140*

*3140*

*OPTIQ'AVICENNE*  
202, Bd Ibn Sina - Hay El Har  
20.200 - Casablanca  
16/05/2019 09:46:00  
INPE  
095015988

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

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

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

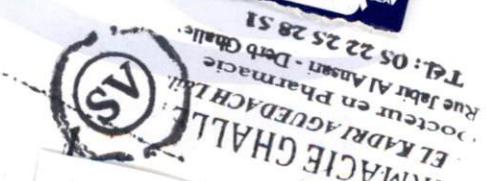
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العين - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوغرافي  
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 ..... 28/4/2021 ..... الدار البيضاء ، في

1 Mouna Zouhri LRA 14102111



Abdelhak BOUCHTA  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
RUE JABER AL ABBAS - DARB GHILIE  
TÉL: 05 22 22 25 28 51

Abdelhak BOUCHTA  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
RUE JABER AL ABBAS - DARB GHILIE  
TÉL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE 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  
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الجلول - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافيا  
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 .....

ANOUAR IDRISI Lalla Khadija

Casablanca, le vendredi 28 février 2020

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : (90° -0,75) , Addition + 2,75

Oeil Gauche : (85° -0,75) + 0,25 , Addition + 2,75

OPTIQUE AVICENNE  
202, Bd. Ibn Sina - Hay El Hana  
20.200 - CASABLANCA  
Tél: 05 22 94 68 00  
INPE  
095015988

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
DOCTEUR  
ABDELHAK BOUCHTA  
Casablanca  
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

**OPTIQ'AVICENN**  
202, Bd. Ibn Sina - Hay El Hana  
20.200 - CASABLANCA  
Tél: 05 22 94 68 00  
INPE  
095015988



**OPTICIENNE - OPTOMÉTRISTE  
ADAPTATION DE LENTILLES  
DE CONTACT**

**FACTURE N°** 0001062 Casablanca, le : 11/03/2020

**M :** ANOUAR IDRISI Lalla Khadija

QUANTITÉ	DÉSIGNATIONS	MONTANT
	Ord. DR Bouchta Abdelhak du 28/02/2020	
01	lentille A1	750,-
02	verre Progressif Incurvable Bruit Anti-Reflet Supert à 687.00	
	03 431	1195,-
	04 431	1195,-
Arrêtée La présente facture à la somme de		<b>Montant T.T.C</b>
soixante trois mille cent quatre-vingt Dhs -		<b>3140,-</b>