

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.

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.

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

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° P19- 069409

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9290 Société : 25183

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAMIR Monamel

Date de naissance :

Adresse : DERB GHALLER RUESA N°1003A

Tél. : 066 00 39 208 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 58 ANS

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) : ACCUEIL

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 canaux, 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		Coefficient des travaux	Montant des soins												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
	00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM: <u>SAMIR Mohamed</u>	Mle <u>9290</u>
DECLARATION N° P 17/0064859		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>800 + 349 + 3140</u>	<u>3 pièces</u>
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		



P 17/0064859

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>9290</u>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom: <u>SAMIR Mohamed</u>			
Fonction: <u>RETRAITE</u>	Phones: <u>0660038208</u>		
Mail: _____			
MEDECIN	Prénom du patient: <u>ANOUAR IDRISI Lalla Khadija</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age: <u>58 ANS</u>
Nature de la maladie			Date: <u>28/02/2020</u>
Une de reproche <u>OK</u>			Date 1ère visite: _____
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>S</u>		<u>200</u>	
PHARMACIE	Date: <u>28/02/2020</u>		
Montant de la facture	<u>349,00</u>		
Signature et cachet du pharmacien 			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date: _____	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date: <u>11/03/2020</u>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<u>1100 + 400</u>		<u>#3140</u>	
OPTIC'AVICENT 202, Bd. Ibn Sina - Hay EL Har 20.200 - CASABLANCA Tél: 05 22 94 68 00 INPE 095015988			

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 وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي

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 28/04/2021 في الدار البيضاء،

1 Mouna Bouchta Lina (KINOLISA)

" LUMIXA 99 - 9

1169,00

HYDRA MED

9 109,00

4 1169,00

89,00

99,00

347,00

FRVICA
LUMIXA
P.P.C : 149Dh

HydraMed night
Preservative free lubricating eye
PPC 109,00 DH

ARMACIE CHALL
03.2021
L 2800642
PPC 89,00 Dhs

Abdelhak BOUCHTA
100% STE
il F. in Abdellah
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 وجراحة العيون

طب الجول - 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 في الدار البيضاء ، في

ANOUAR IDRISSE Lalla Khadija

Casablanca, le vendredi 28 février 2020

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :
PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : $(90^\circ - 0,75)$, Addition + 2,75

Oeil Gauche : $(85^\circ - 0,75) + 0,25$, Addition + 2,75

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

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Spécialiste
Ophtalmologie
70, Zénace Ezzal Ben Abdellah
Casablanca
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

OPTIQ'AVICENNE

202, Bd. Ibn Sina - Hay El Hana

20.200 - CASABLANCA

Tél: 05 22 94 68 00

INPE

095015988

O
P
T
I
Q

AVICENNE



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

FACTURE N°

0001062

Casablanca, le :

11/03/2020

M : ANOUAR IDRissi Lalla Khadija

QUANTITÉ	DÉSIGNATIONS	MONTANT
ORD.	DR Bouchra ABDELhak du 28/02/2020	
01	Contour A1	750,
02	lens Progressifs Incanolle Blanc Anti-Reflet Import Ø 65/70.	
	Ø 431	1195,
	Ø 6431	1195,
Arrêtée La présente facture à la somme de		Montant T.T.C
Soit total trois mille cent quarant		3140,
Dhs -		