

## 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 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

- Reclamation : 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.

N° W19-509871 / 6405

Optique *ND 37185*  Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e) <i>6405</i>	
Matricule :	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <i>EL ASLI HOCSSAINE</i>	
Date de naissance : <i>Le 28/3/64</i>	
Adresse : <i>Lat Lila, N° 216 Sidi Jaffar</i>	
Tél. : <i>0661413586</i>	Total des frais engagés : <i>3200</i> Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>Dr. Abdellah</i>			
Date de consultation : <i>Le 03/08/20</i>			
Nom et prénom du malade : <i>Mme SOUFI - MAMA</i> Age: <i>60</i>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>maladie</i>			
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 03/08/2020* Signature de l'adhérent(e) : *APP* Date : *Le 03/08/2020*



#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/01/20	G		200 DHs	INP : 331096888
10/01/20	G			
10/01/20	G			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
RIZK J. OPTICIEN OPTICIEN OPTOMETRISTE N°142-LOT DANUGNE TOUKAROUF 2000 TUNISIE	2012-08-08 10:00					8850	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'IDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>				
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> H 26533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 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 ..... الدار البيضاء ، في .....

SOUAFI Naima 174/12

Casablanca, le lundi 3 août 2020

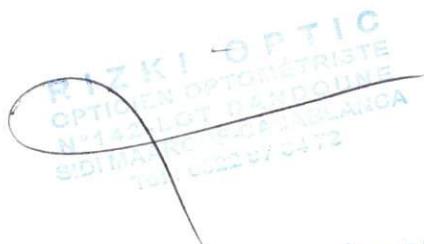
UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

anf fth blu

Oeil Droit : (90° -0,75) + 2,00 , Addition + 2,75

Oeil Gauche : (55° -0,25) + 1,50 , Addition + 2,75



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

# RIZKI OPTIC



Facture N° 356/2018

LE: 17/08/2020

Client: Mme SOUAFI NAIMA

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
ŒIL DROIT	+2.00	-0.75	90°	+2.75
ŒILGAUCHE	+1.50	-0.25	55°	+2.75

Vision de loin :

Monture : OPTIQUE

Verre : PROGRESSIF ORGANIQUE AR

TRANSITION brun

Montant de la vision de loin :

ŒIL DROIT	1250
ŒIL GAUCHE	1250
MONTURE	350

Vision de prés :

Monture :

Verre :

Montant de la vision de prés

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C : 2850.00 DH

T.V.A : 475.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Deux mille huit cent cinquante dirhams.**

142, LOT Dandoune - Sidi Maârouf - Casablanca. Tél : 05 22 97 34 72

Patente : 36125956 IF : 20798514 RC : 431448

ICE : 001957304000041



RIZKI OPTIC  
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE  
N°142-LOT DANDOUNE  
SIDI MAAROUF-CASABLANCA  
Tél: 05 22 97 34 72