

# 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.

**Maladie**  **Dentaire**  **Optique**  **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**  
Matricule : 8560 Société : R.A.M

**Actif**  **Pensionné(e)**  **Autre** :

Nom & Prénom : mijati Bouazzia

Date de naissance : 10.03.1952

Adresse : ouelfa Rn 109 cl. 1

Tél. 0662 551640 Total des frais engagés : 3460.00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. IRAQI MAHA  
Ophthalmologiste  
City Office Bâtissement Missimi  
Tél : 05 22 91 13 38  
Gsm : 06 78 75 89 89

Date de consultation : 19 Octo 2017

Nom et prénom du malade : MIJATI Fouzia

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie :

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 : Le 11/11/2022 Le : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : allal



Age : 46

Enfant : H. HAKANI

## 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
9 Octo	2022	a	309,00	Dr. IRAQI MAHA Ophtalmologiste City Office Lotissement Missimi Tél : 05 22 91 13 38 Gsm : 06 78 75 89 80

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie TA Dr. Al Jaafar Al Sebouy, Oulfa NCA - 12/01/2022</i>	19/01/22	160.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

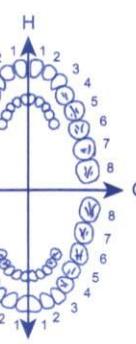
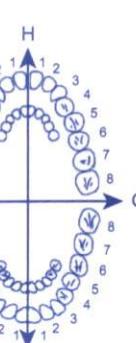
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Dr. Bénabssi 03/10/2022	20/10/2022			Lunettes de Vue		3000,00 Dhs

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	35533411													
G	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Maha IRAQI

## Ophthalmologiste

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd  
Ex. Médecin à l'Hôpital Al Hassani  
Diplôme d'OCT en Ophtalmologie  
Diplôme de Chirurgie Réfractive  
et de Phacoémulsification à l'Université  
de Toulouse  
Diplômé d'Oeil et Médecine Interne  
et de Neuro-Ophtalmologie  
Diplôme de Contactologie à l'Université  
de Bordeaux



Casablanca, le

19 octobre 2022

**Mme MJATI FOZIA**

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets, Amincis

VL : OD = - 5.75 (- 0.50 à 10°)

OG = - 4.50 (- 0.75 à 150°)

VP : ODG = Add : + 2.50

80,00 dz

1/ NAVITAE PLUS COLLYRE

TAM  
S.V

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2-3 Mois

160,00 dz  
Oculiste et Opticien  
Dr. Maha IRAQI  
Calle 12, Bd. Oued Laou  
Casablanca

Dr. IRAQI MAHA  
Ophthalmologiste  
City Office Lottissement Missimi  
Tél : 05 22 91 13 38  
Gsm : 06 78 75 89 89

Original  
Optic 00

Original  
Optic 00

FACTURE N° : P.20.10.2022

Casablanca le : N° Facture 000669

Mr/Mme : MJATI Fouzia

Wifak 3 Rue 65 Num 65 Magasin 5  
Oulfa - Casablanca  
RC : 449836 - INPE : 095031589  
IF : 50650935  
ICE : 002960353000021  
Patente : 35005646

Nature des Verres :		<u>progressifs organiques AR Vert Ø1,6</u>	
Monture	Métal	Plastique	
V.L : - OD	<u>(10° -0,50)</u>	<u>-5,75</u>	<u>600,00</u>
- OG	<u>(150° -0,75)</u>	<u>-4,50</u>	<u>1200,00</u>
V.P : - OD			<u>1200,00</u>
- OG			
ADD /	<u>+2,50</u>		
<b>TOTAL</b>			<u>3000,00</u>

Arrêtez la présente facture à la somme de

trois mille DHs

INP: 095031589