

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- N° 001553

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. JATI BOUAZZA

Date de naissance : 10.03.1952

Adresse : RUE 109 CP 1 GROUPE D EL OULFA CASA

Tél. : 0662 555040

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 Dec 2021

Nom et prénom du malade : M. JATI BOUAZZA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affec... oculaire

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 : 27/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
22 Decembre 2021	C		30000	DR. IBAO NAM Opticien My Office Letissement MISSIMA Tel : 05 22 91 13 38 Gsm : 06 78 75 86 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie J. C. Bénilly 43 Avenue de la République 75020 Paris Tél. 43 82 90 18 99	22/12/2009	270,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Dr. H. BENE Oujia - Casablanca TÉL: 095031589	22.12. 2022			Lunettes de Vue		31.400,00

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

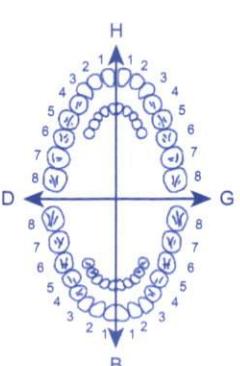
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	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'EXECUTION

BAUSCH + LOMB

LOTEMAX®

Etabonate de lotéprednol
Suspension ophtalmique
à 0,5 % (5 mg/mL)

لوتيمакс®

إيتابونات اللوتيريدنول
(5 ملخ / مل) 0,5 %

Stérile
Sur prescription médicale
exclusivement

مستعلق للعين معقم
بوصفة طيبة فقط

5 mL

5 مل



الدكتورة عراقى مها

اختصاصية في طب وجراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le

22 décembre 2022

ATI BOUAZZA

Cationorm®

Multi
Emulsion
ophtalmique

PPC 158,00 DH

Date Fab.:
Date Exp.:
Lot :

+ verres correcteurs

1.00 à 85°)

0.25 à 180°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs (Add +2.50)

VP : OD = + 1.75 (- 1.00 à 85°)
OG = + 2.50 (- 0.25 à 180°)

158,00

1/ CATIONORM

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

150

2/ LOTEMAX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour x 1 semaine
puis 2 x/j pendant 1 semaine , dans les deux yeux

ORIGINAL OPTIC
Marjane HAY HASSANI
Opticienne diplômée
Mifak 3 Rue 65 Marjane Hay Hassani N°1
Oulala - Casablanca

B. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tel : 05 22 91 13 38
Gsm : 06 78 75 89 89

Original
Optic 00

Original
Optic 00

FACTURE N° : 000701

Casablanca le : 22.12.2022

Mr/Mme : MJATI Bouazza

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

Nature des Verres :

Progressifs Organiques Antireflets Ø 1,6

Monture	Métal	Plastique	600,00	
V.L : - OD	(85° - 1,00) -0,75		1400,00	
- OG	(180° - 0,25) Plan		1400,00	
V.P : - OD				
- OG				
ADD /	+2,50	ODG		
TOTAL			3400,00	



Arrêtée la présente facture à la somme de

trois mille quatre

Cents - DHS

INP: 095031589