

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

- Réclamation : 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.

M22- 0048760 *NSX086*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *535*

Société : *R.A.M.*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BOUJLIL Jellali*

Date de naissance : *1945*

Adresse : *Lot. Nour R.S N°8 Hay Hassani casab.*
C.P. 20 830

Tél. : *06 619 75 485*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. IRAQI MAHA

Ophtalmologiste

Agréé par l'État pour le Permis de
Conduire City Offire Lotissement Missimi 3
éme Etage Casablanca
Tél: 05 22 91 03 38 GSM: 65 78 75 89 89

Cachet du médecin :

Date de consultation : *01/02/2023*

Nom et prénom du malade : *BOUJEL JELLA* Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Affection Ocular*

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 : *Casab.*

Le : *1/2/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dr. IRAQLMAHA

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin Optalmologue attestant le Paiement des Actes Agréé par l'Etat pour le Permis de Conduire City Office Lottissement Missimi 3ème Etage Casablanca
01-02-2023	C	G	300,00	Tel: 05 22 91 13 38 Gsm : 06 78 75 89 89
20-02-2023	IN			Ophtalmologue Agréé par l'Etat pour le Permis de Conduire City Office Lottissement Missimi 3ème Etage Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Tel: 05 22 91 13 38 Gsm : 06 78 75 89 89

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Assafa 148 Rue 15 Hay Assafa (Marrakech) Tél: 05 22 69 72 59	11-02-2023	448,6 DH
		669,80

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
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Médecin traitant :

Patient : Dr. Barilal Tella Age :

Dr. IRAQI MAHA
Date: 10/10/2018

Date _____

DR IRAQI MAHDI

Pharmacie Assafa (Oulfa)

148 Rue 15 May Assafa (George)

- Phylarn

1 lavage le matin dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

- SPECTRUM 250MG

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours

- BROPDEX COLYRE

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine
1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine
1 goutte 2 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine
1 goutte 1 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

- EOLP DUAL

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 6 semaines

- MAXIDROL Pommade

1 application le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

- Bondelles Ophtalmologiques

448, b $\stackrel{?}{=}$ 4

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

LOT 220865
EXP 06/2025
PPV 51.40DH

LOT: A020089
PER: 01/2025
PPV: 38,00DH

PPV : 51,60 Dhs

Bropdex® 0,3g / 0,1g

Tobramycine / Dexaméthasone

Fiocon de 10 ml



3 401520 128170

 **Horus**
PHARMA
148 avenue de Guyenne
Cap Var 06700
Saint-Laurent du Var - FRANCE
www.horus-pharma.com

Steripharma
PPC:151,20 dh

6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommeade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

**10 COMPRESSES OCULAIRES
ADHÉSIVES - ADULTE 40,00**

6 118002 100094

A standard 1D barcode representing the product information.

Docteur Maha IRAQI

Ophtalmologiste

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



الدكتورة عراقى مها

اختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le

20 février 2023

Mr BOUJLIL JILLALI

22,60

1/ FLUCON: collyre

1 goutte 3 fois par jour pendant 1 semaine
Puis 2 x /j 1 semaine , dans l'œil droit



80,00

2/ NAVITAE PLUS collyre

1 goutte 3 à 4 fois par jour, dans les deux yeux x 3 mois



192, 10x2

3/ DUOTRAV collyre

1 goutte 1 fois par jour, le soir à 21H, dans les deux yeux en Continu

669, 30

4/ ALPHAGAN collyre

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux en Continu

D/ IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tel : 05 22 91 38
GSM : 06 78 75 89 89

PHARMACIE AIN NEZAGH
Dr. MABCHOUR Rajaâ
RDC COOP AL IKAMA N°121 – SETTAT-
Tel : 05 23 72 66 83

SETTAT, Le20/02/2023

FACTURE : 19/2023

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CINQ CENT SOIXANTE SEPT DHS ET 20 CTS

صيدلية عين نزاخ
Pharmacie AIN NEZAGH
Dr. MARCHOUA
Coop ikama n 121 - SETTAT
Tel: 05 23 72 66 83

E-mail : rajaamabchour@gmail.com

R.C : 5291 – Patente : 40000139 – I.F : 26071333 – CNSS : 1293946
ICE 002111534000041 – RIB : 230610253407522100160187 CIH BANK