

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- 0051104

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5000

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUHINE Abdellah

retraité

Date de naissance : 02/03/1961

Adresse : Halituelle

Tél. : 06 61 89 11 81

Total des frais engagés : 14690,00 Dhs

DR. IRAQI MAHA

OPHthalmologiste

City Office Lotissement Missimi

Tél. : 05 22 91 18 38

Gsm : 06 78 75 89 89

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 Juil 2023

Nom et prénom du malade : HANNAH ACHA

Age : 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : R

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 : CASA

Le : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
0 Juil 2023	CA		3000	RAOUI MAHA Chirurgien orthopédiste Loyer de logement Min 15291 1338 7375898

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SOUFIANE Groupe K, Rue 154 N° 23/25 El Oulta - Casablanca Tél. : 05 22 89 09 63 S.F. : 000500216000026	21/01/23	390,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	11/7/23					4000,- dc

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

The diagram shows a 12x12 grid of nodes, each containing a number from 1 to 8. The nodes are arranged in a pattern that forms a central circle with concentric layers of nodes. Arrows indicate movement paths from one node to another, primarily pointing towards the center. The grid is bounded by a large circle at the top and a large square at the bottom, with labels 'H' at the top center, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom center.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 عراقي مها
 اختصاصية في طب وجراحة العيون



طبيبة داخلية سابقاً بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقاً بمستشفى الحسني

Casablanca, le

10 juillet 2023



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

Mme HANNANE AICHA

1/ Monture pour verres correcteurs Organiques Antireflets Progressifs

Vision de loin :

OD = Plan (- 0.50 à 180°)

OG = - 0.25 (- 0.75 à 167°)

Vision de près : ODG = Add : + 2.25

130,00 x 3

1/ HYFRESH



PHARMACIE SOUIANE
 Groupe R, Rue 154 N° 23/25
 EL Oulfa - Casablanca
 Tel. : 05 22 89 09 63
 I.C.E : 000500246000026



1 goutte 3 fois et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

T = 390,00

Dr. IRAQI MAHA
 Ophtalmologiste
 City Office Lotissement
 Missimi Tel: 05 22 91
 13 38



سيتي اوقيس - شارع واد لو - حي مسимиي 1 الطالق الثالث - مكتب س 6 - (مقابل مرجان الحسني) - الدارالبيضاء
 City Office - Bd. Oued Laou - Quartier Missimi - 3 ème Etage - Bureau C6 - (en face Marjane Hay Hassani) - Casablanca
 البريد الإلكتروني: iraqimaha@yahoo.fr - المحمول: 06 78 75 89 89 - الهاتف: 05 22 91 13 38 - E-mail: iraqimaha@yahoo.fr

OPTIQUE AIGLE VISION

OPTICIEN

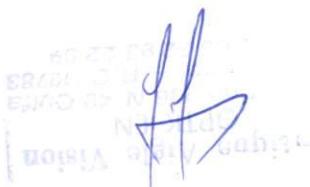
Mme HANNAH Aicha

CASABLANCA Le : 11/7/2023

FACTURE N° : 0344 2023

Désignations	P.U	PRIX TOTAL
Monture optique Verres Dioptriques oxygénés Anti Reflex ob : (180° - 0,50) ob : (167° - 0,75) - 0,25 Add : + 2,25 D		1000 -- 3000. - _____
	TOTAL	4000. -

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre mille Dir.


 Optique Aigle Vision
 100037852000085