

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-491248

76799

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5301 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MME NEBBATE NATAJ
 Date de naissance : 30-06-59
 Adresse :
 Tél. : 0665 110891 Total des frais engagés : 250 + 110,60 + 252,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IRAQI Maha
Ophtalmologiste
Gr. Res Addoha El Essalam
Tél : 05 22 21 538

Date de consultation : 08 JUL 2020
 Nom et prénom du malade : M. NEBBATE NATAJ Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : M. Affection chronique
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 ACCUEIL

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

| RELEVÉ DES FRAIS EN HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montants et détail des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 08 Juin 2021 | | 2 | 23/6/2021 CT | Dr. Boudia |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>Pharmacie N° 120-222-224-84 Qued Noulouya Eloulfa Casablanca Maroc 0522 90 55 13 Pharmacie N° 120-222-224-84 Qued Noulouya Eloulfa Casablanca Maroc 0522 90 55 13</p> | 18/6/21 | 110,60 |
| <p>Pharmacie N° 120-222-224-84 Qued Noulouya Eloulfa Casablanca Maroc 0522 90 55 13 Pharmacie N° 120-222-224-84 Qued Noulouya Eloulfa Casablanca Maroc 0522 90 55 13</p> | 23/6/21 | 252,20 |

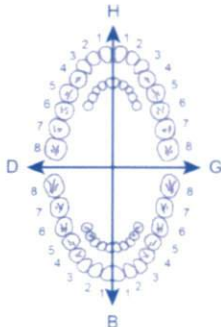
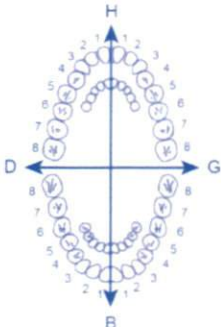
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

| 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"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | |
| | D | G | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. IRAQI Maha

Ophthalmologiste

- Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
- Diplôme de Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification à l'Université de Toulouse.
- Diplômé de Neuro-ophtalmologie et Diplômé de l'Oeil et Médecine Interne
- Diplôme de Contactologie à l'Université de Bordeaux



الدكتورة عراقي مها

اختصاصية في طب

وجراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le **08 juin 2021**

Mme NEBBATE Najat

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL : OD = - 0.25 (- 1.25 à 90°)

OG = - 0.50

VP : ODG = Add : + 2.50

110,60

1/ CODORAZ collyre

1 goutte 8 h - 20 h , dans les deux yeux

T = 110,60

| | |
|------------|---------|
| N° Lot : | 902739 |
| Per : | 07/2021 |
| PPV (DH) : | 110,60 |

Dr. IRAQI Maha
Ophthalmologiste
Gr. Res Addoha Dar Essalam
Tél : 05 22 91 13 38

Dr. IRAQI Maha
Ophthalmologiste
Gr. Res Addoha Dar Essalam
Tél : 05 22 91 13 38

المجمع السكني الضحي، دار السلام، شارع أم الربيع - طريق الرحمة، عمارة 44، شقة 8، حي الالفة

Groupe Résidentiel Addoha, Dar Essalam, Bd. Oum Rabii, Route Arrahma, Imm. 44 App. 8, Hay Oulfa, Casablanca - iraqimaha@yahoo.fr

Tél.: 05 22 91 13 38 - GSM : 06 78 75 89 89

Dr. IRAQI Maha

Ophthalmologiste

- Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
- Diplôme de Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification à l'Université de Toulouse.
- Diplômé de Neuro-ophtalmologie et Diplômé de l'Oeil et Médecine Interne
- Diplôme de Contactologie à l'Université de Bordeaux



الدكتورة عراقي مها

اختصاصية في طب

وجراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le 23 juin 2021

Mme NEBBATE Najat

126,10 x 2

1/ COSOPT: Collyre

(2)



1 goutte 2 fois / jour; 8h & 20h, dans les deux yeux

x 2 mois

T = 252.20

PHARMACIE WILAI AL MULLUQA
ZAKI ABOU
Docteur en Pharmacie
20-22-24 Bd Oum Rabii, Hay Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 80 91 13
ICE: 002291220000774

Dr. Iraqui Maha
Ophthalmologiste
Gr. Res Addoha - Hay Oulfa
Tél: 05 22 91 13 38

LOT T033801 2
EXP 07 2022

P P V 126.10 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT T038571 3
EXP 07 2022
PPV 126.10 DH

المجمع السكني الضحي، دار السلام، شارع أم الربيع - طريق الرحمة، عمارة 44، شقة 8، حي الالفة

Groupe Résidentiel Addoha, Dar Essalam, Bd. Oum Rabii, Route Arrahma, Imm. 44 App. 8, Hay Oulfa, Casablanca - iraqimaha@yahoo.fr

Tél.: 05 22 91 13 38 - GSM : 06 78 75 89 89