

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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

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° M21- 0059658

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560 Société : RAM 88869
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. J. A. T. BOUAZZA
Date de naissance : 12.02.1952
Adresse : OULFA
Tél : 0662555040 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. IRAQI Maha
Ophtalmologiste
Gr. Rés Addoha Dar Essalam
Tél : 05 22 91 13 38
Date de consultation : 12 Oct 2021
Nom et prénom du malade : M. J. A. T. BOUAZZA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire
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 : 18.10.2021
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
12 Octo 2021			3000	Dr. IKAQI Mahd Ophtalmologiste Dr. Res Addoha Dar Essalam Tel: 05 22 91 13 38

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

12.10.2021 17830

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	

3300,00

INP: 91023708
IF: 018341

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

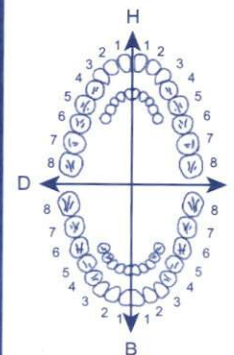
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

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

Dr IRAQI Maha

Ophtalmologiste

Ex-interne au CHU Ibn Rochd
Ex. médecin à l'hôpital Al Hassani
Diplôme d'O.T en ophtalmologie
Diplôme de Chirurgie Réfractive
et de Phacoémulsification à l'Université
de Toulouse.
Diplômé d'Oeil et médecine interne
Diplôme de Contactologie à l'Université
de Bordeaux



الدكتورة عراقى مها

طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز
الإستشفائي ابن رشد
طبيبة سابقا بمستشفى الحسنى

Casablanca, le

12 octobre 2021

Mr. MJATI BOUAZZA

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.50 (- 1.25 à 97°)

OG = + 0.50 (- 0.25 à 180°)

VP : ODG = Add : + 2.50

1/ NAVITAE PLUS COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux

2/ FLUCON COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux pendant 8 j

3/ ZALERG COLLYRE

الضحى. دار السلام. شارع أم الربيع. طريق الرحمة. عمارة 44. شقة 8. حي الألفة

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

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 - ICE : 001648914000091



Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22.60 DHS

Remboursable AMO
406865

Optique AZHAR
vision
Opticien Optométriste

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



9N24
09 2020
09 2022

Lot / Fab / EXP

Zalerg 0,25 mg/ml
زالرغ 0,25 مغ/مل



Optic Azhar Vision

Opticien - Optométriste

Facture : N° 001454

Date : 12.10.2024

Mr. :

MJATI Bouazza

Docteur :

IRAQI Nana

Type des Verres :

progressif organique AR
photogray

1 Monture :

optique

550,00

* Vision de Loin :

OD	Axe	97°	Cyl	-1,25	Sph	-0,50	1375,00
OG	Axe	180°	Cyl	-0,25	Sph	+0,50	1375,00

* Vision de Près :

OD	Axe		Cyl		Sph	
OG	Axe		Cyl		Sph	

Add : +2,50

Montant :

3300,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

trois milles trois cents DHs

INF: 91023708

IF: 018345

Optic Azhar Vision : Annajd - Casablanca

N° : 428 - Patente : 42281645 - ICE : 001501291000011 - R.C : 264141