

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

## ditions 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.

## iologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## ladie 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](http://www.mupras.com)



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8560

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MJATI BOA2ZA

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : 0262551040

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IRAQI Maha  
Ophtalmologue  
Gr.Rés Addoha Dar Essalam  
Tel : 05 22 91 13 38

Date de consultation :

14/Octo/2021

Nom et prénom du malade : MJATI BOA2ZA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 18/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS  
ACCUEIL

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
12 Octo 2021			3000	Dr. IRAQI Maha Ophtalmologiste Dr. Rés Addoha Dar Essalam Tel: 03 22 91 13 38

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. D. OUDI SEBDA - DR. BENAHMIA JAFET - DR. EL HADJ LAILA	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	
Optique AZHAR Vision Opticien Optométriste	12.10.2021	—	—	—	—	3300,00

INP: 91023708  
IF: 018341

### 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

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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**

Ophthalmologiste

Ex-interniste au CHU Ibn Rochd  
Ex. médecin à l'hôpital Al Hassani  
Diplôme d'OPT 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 عراقي مها

طب وجراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le .....

12 octobre 2021

*Tharmacie TAM*

**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

80.00

1/ NAVITAE PLUS COLLYRE

TAM  
S.V

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux

22.60

2/ FLUCON COLLYRE

TAM  
S.V

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

75.70

3/ ZALERG COLLYRE

TAM  
S.V

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



*Optique AZHAR  
VISION  
Opticien Optométriste*

*Dr. IRAQI Maha  
Ophthalmologiste  
Gr. Rés Addoha Dar Essalam  
Tel: 05 22 91 13 38*

6:178.30



09 2022  
09 2020  
9N24

Lot / Fab / EXP

Zalerg 0,25 mg/ml  
زالرغ 0,25 مغ/مل



# Optic Azhar Vision

Opticien - Optométriste

Facture : N° 001454

Date : 12.10.2021

Mr. :

MJATI Bouazza  
IRAQI Nahla

Docteur :

Type des Verres :

progressif organique AR  
photochromic

Monture :

optique

550,00

\* Vision de Loin :

OD	Axe	97°	Cyl	-1,25	Sph	-0,50	Montant	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 :

INF: 91023708

trois mille trois cents DT

IF: 018345

Optic Azhar Vision : Annajd - Casablanca

N° : 428 - Patente : 42281645 - ICE : 001591291000011 - R.C : 264141