

## 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.

MUPRAS : Centre Ali al Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Ali al Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon

N° W21-807597

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **188413**

Matricule : **1050** Société : **du RAO**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre **FLIE de MARI KHABDE**

Nom & Prénom : **MAROKH HOUNA** **LOUANE**

Date de naissance : **Le 23/06/2003**

Adresse : **Rue 03, N° 203, Allée 1, FAROLA**

Tél. : **06-61-68-6569** Total des frais engagés : .....

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **23-11-2023**

Nom et prénom du malade : **MAROKH HOUNA**

Lien de parenté : **Lui-même**

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casa**

Signature de l'adhérent(e) : **JEAN**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019









FACTURE N° : 010940

Wifak 3 Rue 65 Num 65 Magasin 5

Oulfa - Casablanca

RC : 449836 - INPE : 095031589

IF : 50650935

ICE : 002960353000021

Patente : 35005646

Casablanca le : 07.12.2023

Mr/Mme : MARIKH Henda

Nature des Verres : Organiques AR bleu $\phi$ 1.6 Baugéris			
Monture	Métal	<del>Plastique</del>	500,00
V.L : - OD	(90° - 0,25) - 2,75		850,00
- OG	- 3,00		850,00
V.P : - OD			
- OG			
ADD /			
TOTAL			2200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

deux mille deux

Cents. Dhs



**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**

**إختصاصية في طب و جراحة العيون**

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le ..... **07.décembre.2023**

**Mlle MARIKH HOUDA**

**Monture + verres correcteurs organiques+ Filtre bleu Antireflets,  
Amincis**

Vision de loin :

OD = - 2.75 (- 0.25 à 90°)

OG = - 3.00

**1/ THEALOSE**

**1 goutte 3 à 4 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux,  
pendant 3 Mois**

  
Dr. IRAQI MAHA  
City Office Ophtalmologiste  
Tél : 05 22 91 13 38  
Gsm : 06 78 75 89 89

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

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

إختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le **23 novembre 2023**

**Mlle MARIKH HOUDA**

**1/ DESOMEDINE collyre**

1 goutte 4 fois/jour, dans les deux yeux, pendant 6 jours

**2/ VIKET**

1 goutte 2 x / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

**3/ ANGIODROP**

1 goutte x 3 par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours