

# 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 MUUPRAS 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-807597

188413 A

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1050</u>	Société : <u>DU RAD</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre <u>ELIE BEN MARHABDE LOUAHED</u>	
Nom & Prénom : <u>MARCKIT HOUADA</u>			
Date de naissance : <u>Le 22/06/1982</u>			
Adresse : <u>Rue 03, N° 203, 1er étage, NAZOLA</u>			
Tél. : <u>06-61-68-65-69</u>	Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin <u>Dr. IRAQI MAHA</u> Ophtalmologiste Agréé par l'État pour le Permis de Conduire City Office Lotissement Missimi 3 éme Etage Casablanca Tél. 0522 81 00 00 / 0522 81 00 00 / 0522 81 00 00 / 0522 81 00 00 / 0522 81 00 00 / 0522 81 00 00 / e-mail : 06 78 75 89 89			
Cachet du médecin :	Date de consultation : <u>23-11-2023</u>	Age:	
Nom et prénom du malade : <u>MARCKIT HOUADA</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie :	<u>Affection oculaire</u>		
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'autre 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 : <u>casab</u>	Signature de l'adhérent(e) <u>Elie Ben Abdellah</u>		
<u>ACCUEIL DU RAD</u> <u>M 27 DECE 2023</u>			

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin Dr. IRAQI MAHA Ophtalmologue attestant le Permis de exercice à Casablanca Agree par l'Etat pour le Permis de exercice à Casablanca Tél: 06 22 91 13 38 GSM : 06 78 75 89 89 Dr. IRAQI MAHA Ophtalmologue
23.11.2023			300.00	091032938
07 Decembre 2023				Conduite City Office Lotissement Missimi 3 éme Etage Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Tél: 06 22 91 13 38 GSM : 06 78 75 89 89

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Original Dr. Iraqi Maha REINBASSI</i>	07.12.2023	Lunette de Vue				2200.00

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				1 1 1 1 1 1 1
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.			
				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'EXEC

Original  
Optic  
oo

Original  
Optic  
oo

FACTURE N° : 010910

Casablanca le : 07.12.2023

Mr/Mme : MARIKH Honda

Wifak 3 Rue 65 Num 65 Magasin 5  
Oulfa - Casablanca  
RC : 449836 - INPE : 095031589  
IF : 50650935  
ICE : 002960353000021  
Patente : 35005646

Nature des Verres :	Organiques AR bleu Ø 1.6 Baigeois		
Monture	Métal	Plastique	
V.L : - OD - OG	(90° -0,25 ) -2,75 -3,00	850,00 850,00	
V.P : - OD - OG			
ADD /			
TOTAL		2200,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de  
Cents. Atts

deux mille deux

# 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 عراقى مها

اختصاصية 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  
Ophtalmologiste  
City Office Lotissement Missimi  
Tel : 05 22 91 13 38  
GSM : 06 78 75 89 99*

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

*607.11.2023  
Dr. Maha Iraqi*

**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 عراقى مها**

**اختصاصية في طب و جراحة العيون**



طبيبة داخلية سابقاً بالمركز

الاستشفاء ابن رشد

طبيبة سابقاً بمستشفى الحسني

Casablanca, le **23 novembre 2023**

**Mlle MARIKH HOUDA**

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

### **1/ DESOMEDINE collyre**

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

(2.9)

### **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

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