

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 067521

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10218 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL Abdelillah

Date de naissance : 01-04-1957

Adresse : D1193 BD Mohamed VI N°835 Casablanca

Tél. : 0663067929 Total des frais engagés : 313,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : 18/09/2020


Signature de l'adhérent(e) : .....



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 18/09/20 | 313,70                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

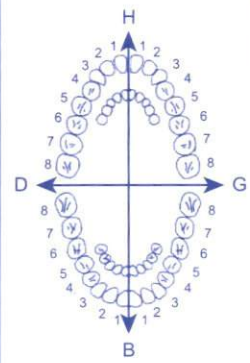
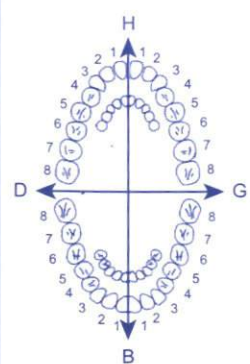
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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 canalaires, 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<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |                    |                   |
|  |   |                  |             |                         | MONTANTS DES SOINS |                   |
|   |   |                  |             |                         |                    | DATE DU DEVIS     |
|   |   |                  |             |                         |                    |                   |
|   |   |                  |             |                         |                    |                   |
|   |   |                  |             |                         |                    |                   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Iraqui Houssaini Karim**  
**Ophthalmologiste**

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie  
Chirurgie de la Cataracte par Phacolyse  
Angiographie - Laser - Strabisme  
Lentilles de contact - Chirurgie de la Myopie



**الدكتور عراقي حسيني كريم**  
**طب العيون**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون  
جراحة الجلالة بالانفراج فوق الصوتية  
تدوير الأنزعة - علاج بالليزر - الحول  
العدسات اللاصقة - تصحيح قوس البصر بالليزر

Casablanca, le 18.07.2020 في الدار البيضاء، في

El HIL ABDELILLAH

110,70

203,00

T. 313,70

**زولامول®**  
**Xolamol®**  
Lot: 07 19  
Fab: 07 19  
Exp: 07 21  
P.P.V.: 110 DH 70



**0.1 mg/ml**  
**LUMIGAN®**  
Collyre en solution  
Bimatoprost  
PPV 203DH00  
Facon de 3 ml



Dr. IRAQUI HOUSSAINI KARIM  
Ophthalmologiste  
5, Avenue D'Idrissia 4 - 1<sup>er</sup> Etage  
Appt. N° 1 - Casablanca  
Tel: 65 46 11 03 20 - 05 22 29 32 30

5 شارع د (شارع النمر) الإدريسية 4، الطابق الأول، الشقة رقم 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 285 290  
5 Avenue D Idrissia 4, 1<sup>er</sup> étage, Appt. N° 1 - Casablanca - Tel.: 0522 285 290  
E-mail : iraquikarim@hotmail.com : البريد الإلكتروني

☐ valable 3 mois

Le 18/07/2014

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☐

(À adresser au médecin Conseil de MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. IRAQUI Houssaini Karim  
5, Avenue "P. Karsala 4 - 1<sup>er</sup> Etage  
App. N° 1 - Casablanca  
Tél : 05 40 11 03 20 - 05 22 28 50 00

Certifie que Mlle/Mme/M. :

ET HBE ABDELILAH

Présente

phobie chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

A vie.

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage, Casablanca

Dr. IRAQUI Houssaini Karim  
Généraliste  
5, Avenue "P. Karsala 4 - 1<sup>er</sup> Etage  
App. N° 1 - Casablanca  
Tél : 05 40 11 03 20 - 05 22 28 50 00



M. EL HAIL ABDELILLAH