

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.

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.

éducation :

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



Déclaration de Maladie

Nº 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 : Drissig 3 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/09/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/09/20	313,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
<img alt="Dental arch diagram with numbered teeth 1-8 on both upper and lower arches, with arrows indicating mesial (M), distal (D), buccal (B), and lingual (L				

Docteur Iraqui Houssaini Karim
Ophtalmologiste

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



الدكتور عراقي حسيني كريم

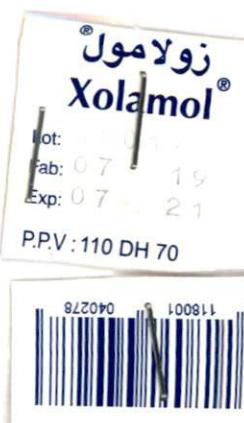
طب العيون

خصائص في أمراض و جراحة العيون
 عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون
 دراحة العاشر بالأمتحان فوق المسوقة
 دوالي العين - علاج بالليزر - الجول
 العدسات الاصطناعية - تصحيح قصر النظر بالليزر

Casablanca, le 18.07.2022
 الدار البيضاء، في

Dr IHL - ABNÉLIA ATT

MO, 70
 XOLAMOL 3 ml
 203,00
 Lumigan 3 ml
 213,70
 Lumigan 3 ml
 Dr. IRAQUI Houssaini Karim
 Ophtalmologiste
 5, Avenue D'Idrissia 4 - 1^{er} Etage
 App. N° 1 - Casablanca - Tel. 0522 285 290
 Tel. 0522 285 290
 E-mail : irauikarim@hotmail.com



5 شارع د (شارع انتصار) الإدريسية 4، الطابق الأول، الشقة رقم 1- الدار البيضاء - الهاتف : 0522 285 290
 5 Avenue D Idrissia 4, 1^{er} étage, App. N° 1 - Casablanca - Tel. : 0522 285 290
 البريد الإلكتروني : irauikarim@hotmail.com

valable 3 mois

Le 18/3/2004

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin **DR IRAQUI HEUSSALMI KARIM** de la **MUPRAS** sous pli confidentiel)

Je soussigné :

DR IRAQUI HEUSSALMI KARIM
Collaboratrice
5, Avenue "D" Lissak 4 - 1^{er} Etage
Appart. N° 1 - Casablanca
Tél. 0522 22 78 18 - 0522 22 78 15

Certifie que **Mme Marie, M.** : *Elif* *Tel 0522 22 78 18*

Présente *maladie chronique*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

A vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Centre d'affaire Alal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Alal Ben Abdellah et Rue Mohammed Rakir
6ème Etage, Casablanca

DR IRAQUI HEUSSALMI KARIM
Collaboratrice
5, Avenue "D" Lissak 4 - 1^{er} Etage
Appart. N° 1 - Casablanca
Tél. 0522 22 78 18 - 0522 22 78 15



Coton Le 18/10/2011
Facture N° 76
M. EL HAIL ABDELILLAH

Quantité	désignation	Prix	Montant
05	échard cl	Mo. 70	Mo. 70
05	luminos cl	203,-	203,-
<hr/>			T = 313,70