

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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.

### 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

- |   |                     |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

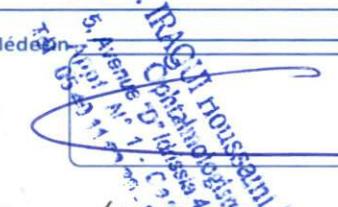
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-623291

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>7528</b>	Société : <b>RAM</b>	Total des frais engagés : <b>200 + 5000, 112 Dhs</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ANBA DI Fatima</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>0522912441</b>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>AFFECTIO</b> ou <b>LAIR</b>			
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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **09/09/2021**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
25/08/2014	9		200.0 H	
				
				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B	G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B	G																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

**Docteur Iraqi Houssaini Karim**  
**Ophthalmologiste**

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



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

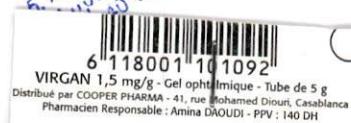
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
 عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون  
 جراحة الجلالة بالأموج فوق الصوتية  
 تصوير الأوعية - علاج بالليزر - الحول  
 العدسات اللاصقة - تصحيح قصر البصر بالليزر

Casablanca, le

25.08.2014

الدار البيضاء، في

Dr. IRAQI Houssaini Karim  
 Ophthalmologiste  
 6 Avenue D'Alissia 4 - 1<sup>er</sup> Etage  
 Casablanca  
 Tel: 0522 288 290 - 0522 959 016  
 Fax: 0522 288 290 - 0522 959 016



LOT 19012  
 PER 02/22  
 PPV 83DH60  
 83,60

LOT 19012  
 PER 02/22  
 PPV 83DH60  
 83,60

LOT 19012  
 PER 02/22  
 PPV 83DH60  
 83,60

2013/10  
 LOT 300344  
 150,00

LARMABAK 0.9%  
 Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH  
 6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouf,  
 Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

شارع د (شارع التمر) الإدريسية، 4، الطابق الأول، الشقة رقم 1- الدار البيضاء، 10000، المغرب - Casablanca

5 Avenue D'Alissia 4, 1<sup>er</sup> étage, Appt. N°1 - Casablanca

Tel.: 0522 288 290 / 0522 959 016 / E-mail : iraqikarim@hotmail.com البريد الإلكتروني :

Tel.: 0522 288 290

PHARMACIE DE LA MARS  
Dr. BOUJDA Nada  
34, Rue Ibnou Jelil - Casablanca  
Tél.: 0522 20 90 44 - Bourgogne

PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. BOUJDA Nada  
34, Rue Ibnou Jelil - Casablanca  
Tél.: 0522 20 90 44 - Bourgogne

PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. BOUJDA Nada

34, Rue Ibnou Jelil - Casablanca  
Tél.: 0522 20 90 44 - Bourgogne

13 15  
ZENITH Pharma  
PPC : 89,00 DH



Dr. IRAGJI Houssaini Karim  
Ophtalmologue  
5, Avenue "D" Idissia 4 - 1<sup>er</sup> Etage  
App. N° 1 - Casablanca  
Tél. 05 40 11 03 20 - 05 22 22 22