

# 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 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

M22- N° 003340

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10293 Société : 160359

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : NASSHEDDINE ABDALLAH


Nom & Prénom : NASSHEDDINE ABDALLAH

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : NASSHEDDINE ABDALLAH Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
03/05/2023	CS		200DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MILAN</p> <p>03/05/2023</p> <p>2200</p>	03/05/2023	2200

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

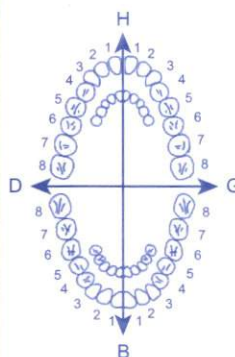
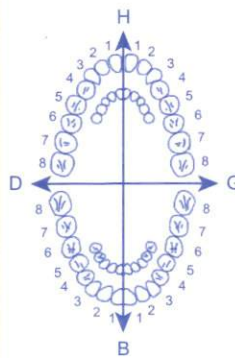
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
M-A-D Optic	10/05/2023					3100
Opticien Optométriste						
63 Rue rguibate Casa						

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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 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 الجلطة بالأمواج فوق الصوتية  
تصوير الأوعية - علاج بالليزر - الحول  
العدسات اللاصقة - تصحيح قصر البصر بالليزر

Casablanca, le 0305.2023 في الدار البيضاء،

ABO ALHAT



Sicoprotect

Y'mal

PHARMACIE MILAN  
Mme LAILA FADAL MELSE  
70 DERB MILAN rue 18  
BEN MSICK CASABLANCA  
Tél : 05 22 81 54 35

Dr IRAQUI Houssaini Karim  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
5, / V.D. Idrissia 4 - 1er Etd  
Appt. N°1 - Casablanca  
Tél : 06 16 71 47 00-05 22 28 52 90  
INPE : 651164871





Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° :

\* N° 02153 \*

Casablanca, le: 10/05/2023

Akram Daali

Tel: 065032633

Mme / Mr : ~~NASSIM-EDDINE ABDALLAH~~

Dr: ~~IMMUNO HOUSSAIN KADRI~~

VL

VP-Add

OD : (70° - 2,75) -

OD : 011 + 2, -

OG : (70° - 1, -) -

OG : 011 + 2, -

2) Monture

4/Verres

Optique plastique

Optique

1600 - DH

1600 - DH

Verres optiques photo-gas bleus et 16° optique Ak

Total à payer: 3100 - DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois mille

Cant. DH

Cachet et signature

M-A-D Optic

Opticien Optométriste

63 Rue rguibat Casa

Adresse: 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36

Capitale 100.000 - Patente: 35402703 - IF: 47232711 - RC: 6123

ICE: 002642590000069

**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**

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

Casablanca, le 0805.623 ..... في الدار البيضاء،

د. ناصح هودنة AND ALIAMA

Handwritten medical notes and prescriptions, including a large stylized eye logo in the background. The notes include:  
- "OT" and "SPH" written above a horizontal line.  
- "V. m. 1 (-0.75 - 75)"  
- "S. (-1.75)"  
- "W. AU + 2"

**M.A.D. Optic**  
Opticien Ophtalmiste  
63 Rue rguibate Casa

**Dr IRAQUI Houssaini Karim**  
**OPHTA: MOLOUISTE**  
5, Avenue D'Idrissia 4, 1<sup>er</sup> étage, Appt. N°1 - Casablanca  
Tél : 06 16 71 47 00-05 22 28 52 90  
INPE : 65 11 64 87 1