

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

N° P19-0045744

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1351 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AYTOUN, Mustapha

Date de naissance : 02.01.1948

Adresse : 89 ABDELLAH SENHASSI

HAUTERIQUE RUE 55 N° 32 CASA

Tél. 06.19.56.12.13 Total des frais engagés : 4000 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AYTOUN, MUSTAFA Age : 1948

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

Nature de la maladie : AFFECTION LONGUE DUREE

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 Le : 05.03.2020

Signature de l'adhérent(e) : Ayto



# 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
03/03/2020	S		200 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

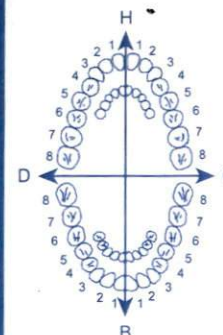
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

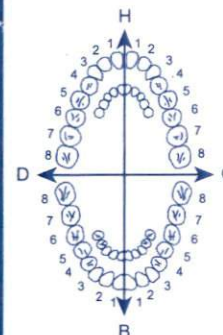
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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'EXECUTION

# 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 عراقى حسيني كريم

## طب العيون

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

Casablanca, le 03.03.2020 في الدار البيضاء،

Dr. Iraqui Houssaini Karim  
095010690 INP  
RC 22836 TP 37203157 - 10 Mars N°68 S.S. d. Ch. Mohamed  
05 40 11 03 20 - Tél: 05 22 28 52 20  
Opticien Ophtalmiste  
Casablanca  
E.T.T. J.A.N.Y. Mohamed  
05 40 11 03 20 - Tél: 05 22 28 52 20

U<sub>1</sub> + 1/- 3 W. 85  
U<sub>2</sub> - 0, 1/- 2, W. 80  
U<sub>3</sub> + 2, 60

Dr. IRAQUI Houssaini Karim  
Ophtalmologiste  
5 Avenue D Idrissia 4 - 1<sup>er</sup> Etge  
Appt N° 1 - Casablanca  
Tél: 05 40 11 03 20 - 05 22 28 52 20



نظارات الزرقاء

OPTIQUE EL ZARKAA

Boulevard 10 Mars N° 66  
Sidi Othmane - Casablanca 04

Tél : 02 27 37 2205

R.C : 228336

TP : 37203157

IGR : 41423272

ICE : 001905045000072

Casablanca, le 3/3/2020

M. *Amal*

095010690 INP

FACTURE

Ordonnance de Mr Docteur .....

N° de nomenclature  
Correspondants à la  
prescription

VI.OD : axe

OG : axe

cyl

cyl

sph

sph

80 - 1.25 sph +1  
80 - 2.25 - 0.75

OD =

OG =

*Amal*

VP.OD : axe

OG : axe

cyl

cyl

sph

sph

*M. 2.25*

QUANTITE

DESIGNATION

Prix Unitaire

PRIX TOTAL

1  
2

Montures

Verres

Etuil

*Montures 10.14*  
*Verres 10.14*  
*CHAMP 10.14*  
*10.6*

Total (en)

4000,-

La présente facture à la somme de

*quatre mille*  
*000 Dirhams*  
*El Zarkaa*