

# 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.

## Diagnostique 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.

## Maladie chronique :

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

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- 067530

NO: 30472

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10218 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAÏ ABDELILAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0663067929 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : IKRAM 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES											
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture 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								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	00000000	00000000									
35533411	11433553										
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession											
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution									
VOILET ADHERENT NOM : <u>EL HAIL Abdelillah</u> Mle <u>10218</u>											
DECLARATION N° <u>W18-386349</u>											
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes									
<u>26/06/2020</u>	<u>3128,80 DH</u>	<u>04 pièces</u>									
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle											

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-386349	DATE DE DEPOT <u>26/06/2020</u>
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>10218</u>	
Nom & Prénom <u>EL HAIL Abdelillah</u>		Fonction : <u>retraite</u> Phones <u>0663067929</u>	
Mail		Date <u>18/06/2020</u>	
MEDECIN		Prénom du patient <u>ELHAIL IKRAM</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>AFFECTION OCULAIRE</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>2</u>		<u>20014</u>	
PHARMACIE		Date <u>18/06/2020</u>	
Montant de la facture			
<u>23662</u>		<u>28.80</u> <u>2900,00 HT</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

**KADIA OPTIQUE**  
OPTIQUE - OPTOMETRIE  
1401 AV. MEDELLAN SBIHAJ UNISSIA - CASA  
TEL : 027 28 70 73 - FAX : 027 28 19 35

**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 عراقى حسينى كريم**

**طب العيون**

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

تصوير الأوعية - علاج بالليزر - الحول

العدسات اللاصقة - تصحيح قصر البصر بالليزر

Casablanca, le

18.06.2020

الدار البيضاء، في

7- ELHAIL IKRAM

28.80

Handwritten signature and notes in Arabic and French, including 'Ateloc' and 'Appt N° 1'.

**Dr. IRAQUI Houssaini Karim**  
Ophthalmologiste

5, Avenue "D" Idrissia 4 - 1<sup>er</sup> Etge  
Appt N° 1 - Casablanca  
Tél : 05 22 28 52 90

**Pharmacie MIMA**  
Mme BENNANI /Iham  
Docteur En Pharmacie  
6, Rue 40 Drissia 1 - Casablanca  
Tél : 05.07.60

5 شارع د (شارع الثمر) الإدريسية 4، الطابق الأول، الشقة رقم 1-الدار البيضاء - الهاتف : 0522 285 290

15 Avenue D Idrissia 4, 1<sup>er</sup> étage, Appt. N° 1 - Casablanca - Tel. : 0522 285 290

البريد الإلكتروني : [iraquikarim@hotmail.com](mailto:iraquikarim@hotmail.com)

نشرة الاستعمال  
اقرأ من فضلك هذه النشرة بانتباه قبل الاستعمال.  
إذا كانت لديك أسئلة، توجه بالسؤال إلى الطبيب أو الصيدلي.

**BAUSCH + LOMB**

آرتلا<sup>TM</sup>

قطرات بـ  
المادة الفـ

ZENITH Pharma



6 113001 270521

PPV : 28,80 DH

Dr. M.

1

صاحب

imbH

Jamm

- Allemagne

التركيب:

المادة الفعالة للدواء:

يحتوي كل 1 مل من المحلول علي 3,20 ملغ من الهيدروميلوز.

تتراوح لزوجة المحلول بين 7 و 11 mPa·s.

سواغات:

سيتريميد، هيدروجينوفسفات الصوديوم الثاني عشري التمييه، ثاني هيدروجينو

فسفات الصوديوم الثنائي التمييه، سوربيتول، إيديتات الصوديوم، ماء

لمستحضرات قابلة للحقن ك.ك.ل. 1 مل.

الشكل الصيدلي والمحتوى

قطرات في قارورة قطارة سعة 10 مل من المحلول.

حالات الاستعمال

لعلاج الأعراض لجفاف القرنية والملتحمة («العين الجافة») العائد

إلى قصور في إنتاج الدمع أو لاختلال الوظيفة الدمعية، على إثر إصابات محليا

أو جسيمة عامة، وكذلك في حال الانغلاق غير الكافي أو غير التام للجفن، الأمر

9196801 MAG264E03-03.10 - 49591 PB 188/3-MAG





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

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 حسينى كريم**  
**طب العيون**

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

Casablanca, le 18.06.2020 في الدار البيضاء، في

7. EL RAÏL IKRAM.

CT

VL 0,3 - 1,5  
0,7/-0, W=180

**KADER OPTIQUE**  
OPTIQUE OPTOMETRIE  
LENTILLES DE CONTACT  
404, AV. ABDELLAH NEJMAJ, DRIESSIA - CASA  
TEL : 022 28 79 73 - FAX : 022 84 18 26

**Dr. IRAQUI Houssaini Karim**  
Ophthalmologiste

5, Avenue D'Idrissia 4 - 1<sup>er</sup> Etge  
Appt. N° 1 - Casablanca  
Tel 09 40 11 03 20 - 05 22 28 52 90

5 شارع د (شارع الثمر) 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

البريد الإلكتروني : iraquikarim@hotmail.com

ICE: 0018230 170200 24

Int: 09 5004081

# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhagi  
IDRISSIA 1 - Casablanca  
Tél: 05 22 28 70 73  
Fax: 05 22 80 18 36

FACTURE 0005835

Le 23/06/20

Patente: 33664052  
CNSS: 2361145  
R.C.: 20 47 88

M. EL HAIL IKRAM

Ordonnance du docteur Housiani

NRS de nomenclature  
correspondants à  
la prescription

Loir { O. D. = 400  
O. G. = 400

Prés { O. D. =  
O. G. =

D. F. { O. D. =  
O. G. =

## FOURNITURES :

Montures :

optique

1500

1500,00

Verres :

optique antireflets

700 x 2

1400,00

La présente facture arrêtée à la somme DH



2900,00

Deux mille neuf cent quatre-vingt