

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.

Prothèse :

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

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- 067520

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10218 Société : RAM (43617)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HAIL Abdelillah
Date de naissance : 01-04-1957
Adresse : Dkhia 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 : Casablanca Le : 18/08/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18-08-2024 313,72

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

A M

P C

I M

I V

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 :

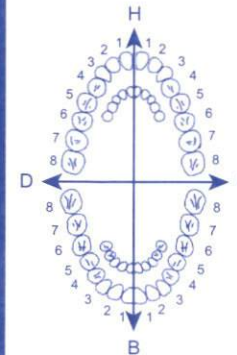
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient
DES TRAVAUX

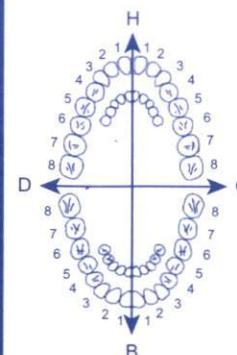
MONTANTS
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

☐ valable 3 mois

Le 18/3/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. IRAQUI Houssaini Karim
Ophthalmologiste
5, Avenue "D" Hassan 4 - 1^{er} Etage
App. N° 1 - Casablanca
Tél: 05 40 11 03 20 - 05 22 28 51 00

Certifie que Mlle, M. M. :

ET ABDELILAH

Présente

phosphore 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 : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca

Dr. IRAQUI Houssaini Karim
Ophthalmologiste
5, Avenue "D" Hassan 4 - 1^{er} Etage
App. N° 1 - Casablanca
Tél: 05 40 11 03 20 - 05 22 28 51 00

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



سيني كريم

العيون
العيون
سوتية
الحول
بصر بالليزر

Allergan



LUMIGAN® 0.1 mg/ml
Collyre en solution, flacon de 3 ml

Casablanca, le 18.07.2022 في الدار البيضاء،

EL HAIL ABDELILLAH

Mo. 7

110. 30

Xolamol 3 m

203. 10

Lumigan 3 m

Lumigan 3 m

T. 313.70

زولامول®
Xolamol®

Lot: A 0007
Fab: 01 19
Exp: 01 21

PPV: 110 DH 70



PPV 203DH00

Flacon de 3 ml

0.1 mg/ml
Collyre en solution
Bimatoprost

LUMIGAN®

Allergan

0.1 mg/ml

Dr. IRAQUI HOUSSAINI KARIM
Ophthalmologiste

5, Avenue D Idrissia 4 - 1^{er} Etage
Appt. N° 1 - Casablanca
Tel 05 22 11 03 20 - 05 22 28 32 90

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



Casa Le 18/08/22

Facture N° 75

M. EL HAIL ABDELILAH

Quantité	désignation	Prix	Montant
es	xoboul cl	Mo,70	Mo,70
es	lumigon cl	203,00	203,00
		T= 313,70	
			