

## 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0013650

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2053 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRABH JAMAL

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : 77 RUE D'AGADIR APT2

CASABLANCA

Tél. : 0664 22 7271 Total des frais engagés : 300 + 55 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Faycal LARAKI  
OPHTALMOLOGISTE  
11, Bd. Zerktouni  
Tél. 22-48-18/11 - CASABLANCA

Date de consultation : 29 JUL. 2023

Nom et prénom du malade : BERRABH Jamal Age : 1951

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

Nature de la maladie : Cornée dure - h2 h2

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

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 : 29 JUL. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
29 JUIN 2023	G	1	300,	 <b>Dr. Fayed LARAKI</b> <b>OPHTHÉMOLOGISTE</b> <b>11, Bd. Zerkouni</b> <b>92-10-10/11 - CASABLANCA</b>

29 JUN. 2023

6

1

300,

Dr. FAYOUL LARAKI  
OPHTHIMOLOGISTE  
11, Bd. Zerkouni  
Tél: 99-48-18 / 11 - BABABLANHA

[illegible]

~~PHARMACIE DE L'HONORABLE SAÏ ALI  
Angle Bd Zerktouni Et Rue D'Aggout  
Casablanca~~

29/7/23

55-00

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

AM

N
PC

IM

IV

## Montage des H

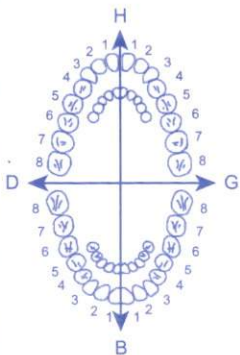
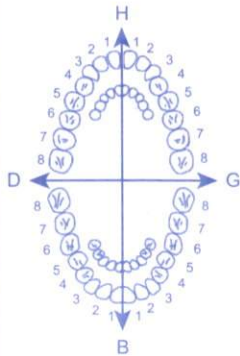
Montant détaillé  
des Honoraires

## 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>				
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

Dents  
Traitées

### Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
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	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DOCTEUR FAYÇAL LARAKI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES  
D'OPHTHALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux  
Lentilles de Contact

EX. Medecin Polyclinique CNSS



حاصل على الشهادة الوطنية  
لامراض وجراحة

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

29 JUL. 2023

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء, في :

M: BEARABEN Jawad

28.60

1/ CHIBROCADRON Collyre

1 flt x 4/1

26.40

2/ STERDEX pommade

55.00

6 jour

4 10/1 OK

PHARMACIE DE L'HOPITAL sari A.U  
Angie Bd Zerkouni Et Rue D'agadir  
Casablanca

Dr. Fayçal LARAKI  
OPHTALMOLOGISTE  
11, Bd. Zerkouni  
Tél: 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10

11 شارع الزرقطوني إقامة طرفاية - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10

11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya CASABLANCA - Tél. : 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10

ICE : 001697697000016 - INP : 091092148