

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-593652

55190

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 0938 Société : RHM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHATMI ABDALLAH			
Date de naissance : 08/12/58			
Adresse : 10			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
  Dr. Faycal LARAKI CHIRURGIEN DENTISTE N° 49-8/11 - CASABLANCA			
Date de consultation : 14 DEC. 2020	Nom et prénom du malade : HABIB 2021	Age:	ACCUEIL
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	ACCUEIL
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 : 28/12/2021
 Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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
1 DEC 2020	<i>Q</i>	1	250	INP : 25533412 11433552 Dr. Faycal LARAKI DENTISTE R.D. Zerktouni Tel. 22-49-10/11 - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Nabil Dabour en Pharmacie 101 Lot Jawhara, Bd. K. El Haj Tél: 623 50 82 - El Hajda</i>	04/12/2020	8880

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>AL FIRDOUS VISION 202 Bd Abdelloumen RDCN Casablanca CSM : 86 48724175</i>	24/12/2020	0	1	0	0	4100,00 DA

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	Coefficient des travaux
		00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

DOCTEUR FAYÇAL LARAKI

Diplomé de la Faculté de Médecine de Paris

DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES
D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux
Lentilles de Contact

EX. Medecin Polyclinique CNSS



الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لامراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

04 DEC. 2020

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Y KWAII Mellel
88,80 () —
() —
CELLUVISIC Uni dose
65075 —
CELLUVISIC 4mg/0.4ml
6118001251414
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40
6118001251414
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR
CELLUVISIC 4mg/0.4ml
Cet article ne contient pas d'antécédents



CELLUVISIC® 4mg/0.4ml
Cuirasse en récipient unidose
6118001251414
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR
PPV: 44DH40

الدكتور فيصل العراقي
Dr. Fayçal LARAKI
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Zerkouni
Tél. 22-49-10/11-CASABLANCA

DOCTEUR FAYCAL LARAKI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

DIPLOME D'ETUDES SPECIALES D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux
Lentilles de Contact

Ex. Médecin Polyclinique CNSS



الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لأمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

04 DEC. 2020

Casablanca, le : الدار البيضاء، في:

M : *Khalid Abbettah.*

Lunettes :

Loin : O . D.

(-1,75 100) phes

: O . G.

+0,50 (-1,25 80)

Près : O . D.

Addition +2,50

: O . G.

- Progressifs
- Double foyers
- Photograys
- Incassables
- Anti-reflets

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Abdennour RDC N°5
Casablanca

GSM: 0668724173

الدكتور فيصل العراقي
Dr Faycal LARAKI
OPHTHALMOLOGISTE
21, Bd. Zerkouni
Tél. 22.49.10/11 - CASABLANCA

ALFIRDAOUSS VISION

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

Tél : 0648724173

FACTURE

FACTURE N° : **743/2020**

CLIENT : **KHATMI ABDELLAH**

DATE FACTURE : **24/12/2020**

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : 1 PERLO	500,00 DH
Verres : OG1 PROGRESSIF ZEISS ANTIREFLETS PLATINUM	1 800,00 DH
OD1 PROGRESSIF ZEISS ANTIREFLETS PLATINUM	1 800,00 DH
Nomenclatures : OD : +0.00 (-1.75 à 100°) , Add = +2.50 , Prisme = +0.00 OG : +0.50 (-1.25 à 80°) , Add = +2.50 , Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

QUATRE MILLE CENT DIRHAMS TTC

Total TTC : 4 100,00 DH

PAYE PAR CHEQUE

Total HT : 3 416,67 DH

TVA 20% : 683,33 DH

Frais de Timbres : 0,00 DH

Montant Total Payé : 4 100,00 DH

428231

Code INPE



123456789

34700825

ICE 00223025300090