

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-480721

(7162)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12948	Société :	Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Zineb
Nom & Prénom :		HOUACHJI	
Date de naissance :		31/03/86	
Adresse :		Résidence Ambars - Imm 0 - Quartier Almag Casablanca	
Tél. :		0661194727	
		Total des frais engagés : 200,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. Faycal LARAKI OPHTALMOLOGISTE 1 Bd. Zektouni Tél. 22-49-10/11 - CASABLANCA
Date de consultation :	10 AVR. 2021
Nom et prénom du malade :	Hiba AIDANI
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	blepharite
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

Signature de l'adhérent(e) :

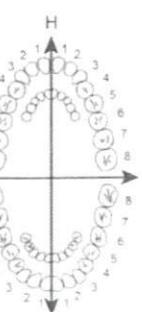
Le : 10/04/2021

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
18 AVR 2021	Op	1	250	INP : 01082148 Dr. Faycal LARAKI OPHTALMOLOGISTE 1. Bd. Zefkouani Tél. 22-49-10 / 11 CASABLANCA

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : <input type="text"/>																		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="padding: 0 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="padding: 0 5px;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
D	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
B																							
G																							
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

DOCTEUR FAYÇAL LARAKI

Diplômé 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

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

10 AVR. 2021

EUF AIDANI HIBA

SERIAL PHYSIOLOGUE

le Socin

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