

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.

N° W21-668997

125591

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2708</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>KHATMI ABDALLAH</u>			
Date de naissance : <u>08/02/1958</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>05 22 20 45 45</u>			
Total des frais engagés : <u>1796,10</u> DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <u>Dr. Faycal LARAKI</u>			
Date de consultation : <u>14 SEP. 2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>El GOURAI Atik</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint			
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 : <u>Centre Allal Ben Abdellah</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>Atik</u>			



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
09 AOUT 2022	6	1	300	INP : 091 982 168 دكتور فيصل لاراك (راتي) Dr. Faycal LARAK OPTOMOLOGISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. J. J. Bannard</i> ARMÉE BELGE Dr. J. J. Bannard Bd. Léopold II 28/29 tel: 03 22 53 28 29	29/08/22	44.4.10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
TAHIRI OPTIC ASMAA TAHIRI OPTICIENNE OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE 6 BD OUM HABIB EL OULFA CASA Tél / FAX : 05 22 91 33 36	10/01/22	Voir facture G. pointe				1070,0000	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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"/>														
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B	G
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000 00000000																		
35533411 11433553																		
B	G																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		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

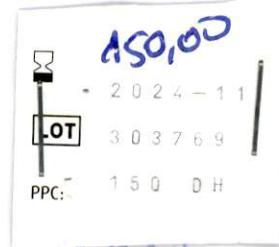
لامراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

09 AOUT 2022

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

M. EL GOURLI Atik.



150,00 x 2

1/ HYDROCONTO

Collyre



1 flacon x 4/

144.10

2/ VISINED gel



444.10

le 5/7/



H J 3/2023

دكتور فيصل العراقي
Dr. Fayçal LARAKI
OPHTHALMOLOGISTE
Dr. Zerkouni
Tél. 05.22.49.10 - CASABLANCA



05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10 - الدار البيضاء - الهاتف:

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

ICE : 001697697000016 - INP : 091092148

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. Medecin Polyclinique CNSS



الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لأمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

09 AOUT 2022

Casablanca, le :

M :

El GOVRAI Milka

Lunettes :

Loin : O . D.

/

: O . G.

Près : O . D.

+3

: O . G.

+3

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

TAHIRI OPTIC
ASMAA TAHIRI
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
CONTACTOLOGUE
316 BD OUM HABIB EL OULFA CASA
Tél / FAX : 05 22 91 33 36

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

TAHIRI OPTIC

FACTURE N° 0053/2022

M : EL GOURBI ATIKA

Casablanca, le : 26/08/2022

N° de nomenclature correspondant à la prescription du Docteur LARAKI	Vision de loin	Vision de près	Double foyer	Supplément
	OD : OG :	OD : OG :	OD : OG :	

Fourniture :		
Monture	optique	550,00
Verres	verres Ya es amniac Traités anti-floc	100,00
Monture		
Verres		
TOTAL TTC dont TVA 20%		1050,00
La présente facture est arrêtée à la somme de : 711 Dhs		