

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-514371

157067

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 2441

Matricule : 2441 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUÉL B M GHIZLANE

Date de naissance : 15-06-1966

Adresse : 24, Rue NISRINE N°8 Ners Sultan

Tél. : 0661 198734 Total des frais engagés : #4300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Faycal LARAKI
OPHTALMOLOGISTE
11, Bd. Zerkoun
Tél. 22-40-10/11 - CASABLANCA

Date de consultation : 17 MARS 2023

Nom et prénom du malade : GUÉL B M GHIZLANE Age : 57

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

Nature de la maladie : Amétropie

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 : 17.04.2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	30/03/2023		9	1		4100,00 MF

RELEVÉ 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 canaux, 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			0000000	0000000			D		B		0000000	0000000			35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	0000000	0000000																										
	D		B																									
	0000000	0000000																										
	35533411	11433553																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

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 SPECIALES
D'OPHTHALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux
Lentilles de Contact

Ex. Medecin Polyclinique CNSS



17 MARS 2023

الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لامراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

Casablanca, le : في : الدار البيضاء

M : GUEZIN Ghezlane

Lunettes :

Loin : O . D.

: O . G.

- 0,50 (- 0,25 75)
- 0,50 (- 0,50 105)

Près : O . D.

: O . G.

Addition + 2

- ☒ Progressifs
- ☐ Double foyers
- ☐ Photograys
- ☒ Incassables
- ☒ Anti-reflets
- ☒ Filtre bleu

ADEN OPTIQUE SARL
Opticien Diplômé - Contactologie
Lots El Beyroun Rés. El Fath n° 4
Bourgogne Casa - Tél 05 22 36 29 06

Dr. Fayçal LARAKI
OPHTALMOLOGISTE
11, Bd. Zerkouni
Tél. 22-49-11 - CASABLANCA

Es ist Gufork uizel

Handwritten text, possibly a signature or date, located at the bottom left of the page.



GHIZLANE GUELZIN

FACTURE N° : F113075

Date : 01/04/2023

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant
2	VER	VERRE PROGRESSIF ANTIREFLET	1250.00		2500.00
1		MONTURE OPTIQUE	1600.00		1600.00

Corrections :

VL D. Sph: -0.50 Cyl: -0.25 Axe: 75° Add: +2.00

VL G. Sph: -0.50 Cyl: -0.50 Axe: 105° Add: +2.00

VP D. Sph: +1.50 Cyl: -0.25 Axe: 75°

VP G. Sph: +1.50 Cyl: -0.50 Axe: 105°

Paiements

Acomptes	4100.00
Tiers payant	0.00
Montant total payé :	4100.00
Solde :	0.00

Totaux

Total hors TVA :	3416.67
Montant TVA :	683.33
Total TTC :	4100.00

ADEN OPTIQUE SARL
Oudjda - Casablanca - Bourgogne
Lots El Beyrouth - Bourgogne
Bourgogne - Casa - Tél: 05 22 36 29 05