

## 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

N° W19-514371

157067

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2441	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GUELM GHLIZANE			
Date de naissance : 15-06-1966			
Adresse : 24, Rue NISRIYE N°8 Ners Sultane			
Tél. : 0661 198734 Total des frais engagés : #43 00,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. Faycal LARAKI OPHTALMOLOGISTE 11, Bd. Zektouni Tél. 22-48-10/11 - CASABLANCA
Date de consultation :	17 MARS 2023
Nom et prénom du malade :	GUELM GHLIZANE
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Amitié
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 : 12/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
<del>EN OPTIQUE SARL</del>	<del>30/03/2023</del>			<del>✓</del>	<del>✓</del>	<del>4100,00 MF</del>	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
					<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>										
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>										
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>										
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>										
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>										
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433562 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433562 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>
H	G														
25533412 00000000	21433562 00000000														
D															
00000000 35533411	00000000 11433553														
B															
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>										
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>										
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>										

# 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



17 MARS 2023

الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لأمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

Casablanca, le : الدار البيضاء، في:

M : GUEIZIN Ghizlane

Lunettes :

Loin : O. D. - 0,50 (-0,25 75)

: O. G. - 0,50 (-0,50 105)

Près : O. D.

: O. G. Ajuster +2

Progressifs

Double foyers

Photograys

Incassables

Anti-reflets

Filtre bleu

ADEN OPTIQUE SARL  
Opticien Optométriste Contactologue  
Lots El Beyrouth Rés. El Fath n° 4  
Bourgogne Casa - Tel 05 22 36 29 05

Dr. Faycal LARAKI  
OPHTALMOLOGISTE  
11, Bd. Zerkouni  
Tél. 22.22.49.11 - CASABLANCA

Eshler Gulch Mizel

---



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	2500.00
1		MONTURE OPTIQUE	1600.00	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		Totaux
Acomptes	4100.00	Total hors TVA : 3416.67
Tiers payant	0.00	Montant TVA : 683.33
<b>Montant total payé :</b>	<b>4100.00</b>	<b>Total TTC : 4100.00</b>
Solde :	0.00	

ADEN OPTIQUE SARL  
 0522362905  
 Lots El Beydar  
 Bourgogne Casa - Tel 0522362905