

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12948

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUACHILI Zineb

Date de naissance :

31/03/84

Adresse :

78, Rue 36, lotissement Laymaune 2  
20200 - Casablanca

Tél. :

0661194727

Total des frais engagés :

1900,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FAYEAL LARAKI  
OPHTALMOLOGISTE  
11, Bd. Zerkouni  
Tél. 22-49-10/11 - CASABLANCA

Date de consultation :

23 MARS 2024

Nom et prénom du malade :

AïDANI Kib

Age: Mans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Anémie

Enfant

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 :

23 MARS 2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Dr. FAYEAL LARAKI  
OPHTALMOLOGISTE  
11, Bd. Zerkouni

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
23 MARS 2021	5	1	300	INP : INPE: 091092148 Dr. Faycal LARAKI OPHTALMOLOGISTE 11, Bd. Zerkouni tel. 22440-10/11 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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV
<i>IR PRATIQUE</i> Tél : 05 20 50 20 20 Lahadj Fathia, 3000 156, Missariat Anas Mag N° Casablanca Tél : 002 277 894 000 003	04.04.21				1600,00

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"/>													
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"/>													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

## Facture

Client : AIDANI HIBA Date Facture : 04/04/2024  
N° Facture: 41/2024

Type	Désignation	Prix	Quantité	Montant (TTC)
Monture	gant GA4068 094 48/19-140	1 100,00	1	1 100,00
Verres	MONOFOCAL Sphérique 1,5 65 Organique NATURALE BLUE sph:+2.5 Cyl:+0.5 Axe :80	250,00	1	250,00
Verres	MONOFOCAL Sphérique 1,5 65 Organique NATURALE BLUE sph:+2.5 Cyl:+0.50 Axe :90	250,00	1	250,00

**Arrêt de la présente facture à la somme de :  
Mille Six Cent Dirhams, 00 Cts.**

Dont Montant TVA: 266.67 Dh

**IR OPTIQUE**  
Tél : 05.20.00.20.20  
El Hadj Fatch 5 IMME, 1er étage, Casablanca  
ICE: 002 277 894 000 003  
Casablanca

# 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



23 MARS 2024

الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية طب بيبارز

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لأمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

M : *AidAni Kids.*

### Lunettes :

Loin : O . D.

+2,50 (+0,50)	80)
+2,50 (+0,50)	90)

Près : O . D.

: O . G.

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

 IR OPTIQUE  
Tél : 05.20.60.20.20  
Lot Hadj Fateh, 5 I.M.M 156, Kissariat Anas Mag N°  
Casablanca  
ICE: 002 277 894 000 003

  
Dr. Faycal LARAKI  
OPHTHALMOLOGISTE  
11, Bd. Zerkouni  
Tel. 22-49-10/11 - CASABLANCA