

## 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

- 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.

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° W19-440011

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12948 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUACHMI Zineb

Date de naissance : 31/03/84

Adresse : Residence Ambar - Quartier APmaz Casablanca

Tél. : 0661194727 Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Faycal LAABIS OPHTALMOLOGISTE 11, Bd. Zerktouni TEL. 22 49 10 11 - CASABLANCA

Date de consultation : 10/08/19

Nom et prénom du malade : AIDANI Yasmine Age : 3 ans

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

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 : Casablanca

Le : 05/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOI ET ADHERENT

# 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
1-0 AOUT 2019		1	20	INP : 0971092163

الدكتور في. ص. م. العراقي  
**Dr. Faycal LARAKI**  
 OPHTALMOLOGISTE  
 11, Bd. Zerkouni  
 Tél. 22-42-10/11 - CASABLANCA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

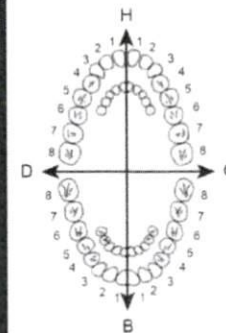
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

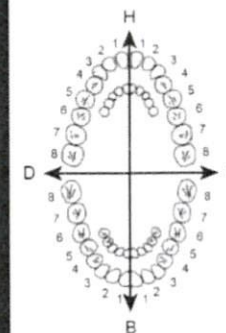
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
 PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT  
 MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
39533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
 Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
 DES TRAVAUX

MONTANTS  
 DES SOINS

DEBUT  
 D'EXECUTION

FIN  
 D'EXECUTION

COEFFICIENT  
 DES TRAVAUX

MONTANTS  
 DES SOINS

DATE DU  
 DEVIS

DATE DE  
 L'EXECUTION

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'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux  
Lentilles de Contact

EX.Medecin Polyclinique CNSS



10 AOUT 2019

Casablanca, Le .....الدار البيضاء في

## الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية  
لامراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

Dr. Mounir Youssef

Doliprane 20

18/1

الدكتور فيصل العراقي  
Dr. Fayçal LARAKI  
OPHTALMOLOGISTE  
11, Bd. Zerkouni  
20 49-1017-CASABLANCA