

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 Étage 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-457584

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8121 Société : R A M

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : DAHOU Sarah

Date de naissance : 28-09-63

Adresse : 14, rue de la Providence

Tél : 06727.905 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Faycal LARAKI**
OPHTALMOLOGISTE
11, Bd. Zerktouni
Tél. 22-49-10/11 - CASABLANCA

Date de consultation : 01 OCT 2019

Nom et prénom du malade : DAHOU FARAH Age : _____

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

Nature de la maladie : Glaucome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

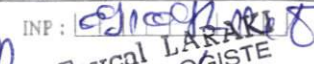
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : (14 Oct 19) Casablanca Le : 14 oct 19

Signature de l'adhérent(e) : _____

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
01 OCT 2019	LS	1	250m	INP :  Dr. Faycal LARAKI OPHTALMOLOGISTE 11, Bd. Zerkouni Tél. 22-49-10 / 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

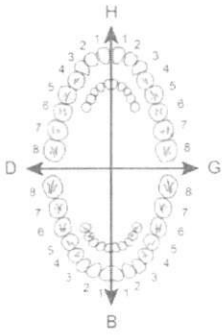
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 00000000 35533411 G			
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			

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



01 OCT. 2019

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 : DANOR 5-6

Lunettes :

Loir : O. D.

: O. G.

+1,50 (+0,75 0)
+2,50

Près : O. D.

: O. G.

Addition +2,25

☒ Progressifs

☐ Double foyers

☐ Photographs

☒ Incassables

☒ Anti-reflets

AL FIRDIAUS VISION

202 Bd Abdoumoumen RDC N°5

Casablanca

GSM : 06 48724173

الدكتور فيصل العراقي
Dr. Fayçal LARAKI
OPHTALMOLOGISTE
11, Bd. Zerkouni
Tél. 22.42.46 / 22.42.47 - CASABLANCA

11 شارع الزرقطوني إقامة طرفاية - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10
11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya CASABLANCA - Tél. : 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10