

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-531507

333 22

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8564 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAHLOU ABDELHAMID

Date de naissance : 17/07/68

Adresse : 39, Av. des pleiades l'Ennitage

CASA

Tél. : 06 61 42 82 79 Total des frais engagés : 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Faycal LARAKI
OPHTALMOLOGISTE
11, Bd. Zerkouni
Tél. 22-42-10/11 - CASABLANCA

15 JUL 2020

Date de consultation : 13 JUL 2020

Nom et prénom du malade : Youssef Abdelhak YASSIR

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

Nature de la maladie : Hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

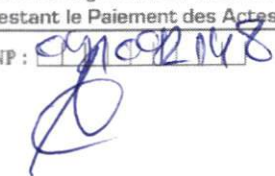
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) : CP

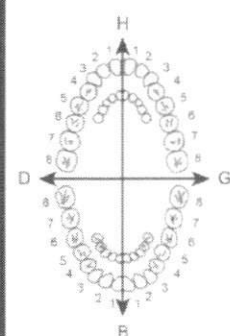
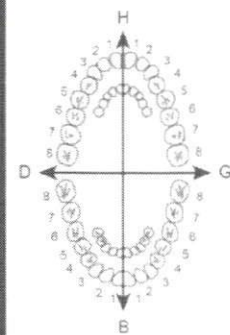


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13 JUL 2020	US	1	250	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie l'Ermilage - 48, Avenue l'Ermilage - Cas 022.00.1175	13/07/20	133,00

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	

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"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	G	00000000	B	11433553
		H	21433552									
		D	00000000									
		G	00000000									
		B	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 SPÉCIALES
D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux
Lentilles de Contact

EX. Medecin Polyclinique CNSS



LIPOSIC

Gel ophtalmique 10 g

ZENITH PHARMA

PPV: 34,00 DH

ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LOT: 065-2
PER: JUN 2020
PPV: 61 DH 80

Médicament soumis à prescription de mise sur

الدكتور فيصل ال

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية ال

لامراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان ال

Casablanca, le : في : الدار البيضاء

1- LARAKI Mohamed Youssef

1° FUCITIMIN 1% gel

37.20 1 goutte x 2/1 10;

2° LIPOHIC gel

34.00 Le soir 1 r,

3° AERIVUS 5 mg 1 r,

61.80 Le soir

الدكتور فيصل ال
Dr. Fayçal LARAKI
OPHTALMOLOGISTE
11, Bd. Zerktouni
Tél. 22.49.11 - CASABLANCA

11 شارع الزركطوني إقامة طرفاية - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10

11, Bd. Zerktouni - Résidence Tarfaya CASABLANCA - Tél. : 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10

ICE : 001697697000016 - INP : 091092148