

## ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### **Informations 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.

### **Médecine 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.

### **Éducation :**

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 - Sème 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](http://www.mupras.com)



AMPL

M.H.

39710

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0016880**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2708

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHATMI ABDELLAH

Date de naissance : 08/02/58

Adresse :

Tél. : 304, 20

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Faycal LARAKI  
OPHTALMOLOGISTE  
11, Bd. Zerktouni  
Tel. 22-43-10/11 - CASABLANCA

Date de consultation : 11 MAI 2020

Nom et prénom du malade : KHATMI ATIKA (EL GOUMRI) Age: 57

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 : 01/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

SL

MUPRAS  
RECEPTION

ACCUEIL

### 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                                |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11 MAI 2020     | 10                | 1                     | 250,00                          | Dr. Faycal ZAKOUR<br>OPHTALMOLOGISTE<br>11, Bd. Zekkoune<br>Tél. 22-43-10-11-00<br>Casablanca |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie El Bennani<br>Dr. Faycal Zakour<br>11 Bd. Zekkoune Casablanca<br>Tél. 22-43-10-11-00 | 11/05/2020 | 1541,00               |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

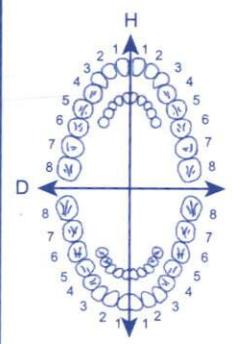
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 canalaires, ainsi que le bilan.

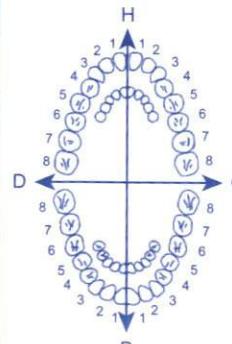
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|   |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|   |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|          |          |
|----------|----------|
| H        | 21433552 |
| 25533412 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| D        | 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'ÉTUDES SPÉCIALES  
D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux  
Lentilles de Contact

EX. Medecin Polyclinique CNSS



الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لأمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

11 MAI 2020

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

Mme

KHATI, Aïk.

14.2218



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6118001 101023

Gel ophtalmique 10 g - P.P.V : 38,50 DH

SICCAFLUID 2,5 mg/g

38,50 DH

SICCAFLUID sel (n) (AS)

14.2218



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6118001 101023

Gel ophtalmique 10 g - P.P.V : 38,50 DH

SICCAFLUID 2,5 mg/g

14.2218



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6118001 101023

Gel ophtalmique 10 g - P.P.V : 38,50 DH

SICCAFLUID 2,5 mg/g

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - P.P.V : 38,50 DH



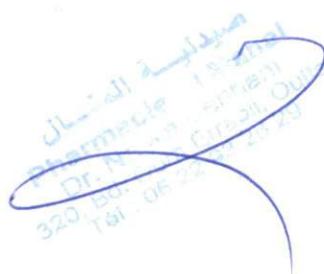
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6118001 101023

14.2218

1 fort x 2 j.

154,00



3 mois

الدكتور فيصل العراقي  
Dr. Fayçal LARAKI  
OPHTHALMOLOGISTE  
11, Bd Zerkouni  
Tél. 22.49.10/11-CASABLANCA

11 شارع الزرقطوني إقامة طرفية - 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