

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

- 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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839

Société : 135916

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE Zidane FATHIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Lalla RABIA
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Mly. Driss 1er,
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca
Tel: 0522 86 41 23 /51 - Gsm: 06 19 28 36 31

Date de consultation : 05/12/2012

Nom et prénom du malade : Zidiane Rahma Fathia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
05/11/2022	CS. fond. oeil	5 x 20	120.-	Professeur en Ophtalmologie Dr. M. Driss Tel: 06 19 23 36 31 - Driss Visabancia Rés. Driss Visabancia 06 19 23 51 - Gsm: 06 19 23 36 31 - Driss Visabancia 06 19 23 36 31

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.10.99	584,00 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

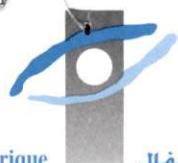
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
				MONTANTS DES SOINS 														
				DEBUT D'EXECUTION 														
				FIN D'EXECUTION 														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		
		H	G															
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلي الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Le 05/10/2022

INPE 091033084

Bon de règlement

Reçu de Mr /Mme / Melle Ziadani Nee Rahnoune Fatma

La somme de cinq cent dirhams
+ 500 dhs +

Pour consultation à fond de l'oeil LAILA RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique

120, Bd. Mly. Driss 1er,

Rés. Dar Mly Driss Casablanca

Tél: 0522 86 41 23 / 51 - GSM: 06 19 28 36 37

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
Casablanca

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 06 61 08 06 18

05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma

الفحص بالموعد :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
Casablanca

الدار البيضاء

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلي الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

05 octobre 2022

Mme ZIDANI NEE RAHMOUNE Fatna

MASQUE OCULAIRE CHAUFANT

1 application avec pression sur les bords libres des paupières pendant 6 mois

THEALOSE COLLYRE

1 goutte 4-6 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

navilipo

1 goutte 4-6 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

83,00

xailine pommade

1 application, le soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois



PHARMACIE ARESKI
ARESKI Ymane
Bacheur en Pharmacie
Boulevard Mly Driss 1
Rue 5 N° 38
Casablanca
Tél : 0522 86 41 23 / 51 - 0522 86 41 23 / 51
Fax : 0522 86 41 23 / 51 - 0522 86 41 23 / 51
Site web: www.prlailaraiss.ma

1:58 6.00 DH

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique

120, Bd. Mly Driss 1er,
Rés. Dar Mly Driss Casablanca
Tél: 0522 86 41 23 / 51 - Gsm: 06 19 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. - 1000 Casablanca

Tél. 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

الموبايل: 05 22 86 41 23 / 51

Site web: www.prlailaraiss.ma

الفحص بالموعد :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3

الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

الموقع الإلكتروني: www.prlailaraiss.ma

VR2762C10MARR/0919

MA

3 662 042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Ben Guerra - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/UMPI/20/DM
PPC : 147,00 DH



3 700822 600668

LOT