

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

14/12/29
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 818 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HANI SAID

Date de naissance : 03.10.68

Adresse : LOT Chem's hay esalam me n°3 ULLAM

CIL CASABLANCA

Tél. : 066 1 23 50 04 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Leila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique

120, Bd. Mly. Driss 1er,

Rés. Dar Mly. Driss Casablanca

28 36 31

Professeur Béchir RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Pédiatrique

120, Bd. Mly. Driss 1er,

Rés. Dar Mly. Driss Casablanca

28 36 31

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/09/22

Nom et prénom du malade : Hanafi

Lien de parenté : Rés. Dar Mly. Driss Casablanca

Tél. 0522 86 41 51 - Gsm: 06 9 28 36 31 Conjoint

Enfant

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) : _____

RAIANI

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
06/06/2014 07/06/2014 08/06/2014 09/06/2014 10/06/2014 11/06/2014 12/06/2014 13/06/2014 14/06/2014 15/06/2014 16/06/2014 17/06/2014 18/06/2014 19/06/2014 20/06/2014 21/06/2014 22/06/2014				INP : 0911033084 Spécialiste en OP 120 Bd. de l'Y. D'ISSY Rue Des Mys. 51 - Date : 06/19/2014

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, 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																				
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>						H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		00000000	G		35533411	B		11433553
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
B		00000000																		
G		35533411																		
B		11433553																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession																				
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 سابقة بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
Le 29/01/2022
120, Bd. Mly. Driss 1er,
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca
0522 86 41 23/51 - Gsm: 06 19 28 36 31

Bon de règlement

Reçu de Mr /Mme / Melle Hanani kafil

La somme de cinq cent dirhams
..... # 500 dh +

Pour consultation de l'oeil

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

Consultation sur rendez-vous :

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

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

موقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma