

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 380 Société : FAKTHAC MILOUDIA

Actif Pensionné(e) Autre : 165960

Nom & Prénom : FAKTHAC MILOUDIA

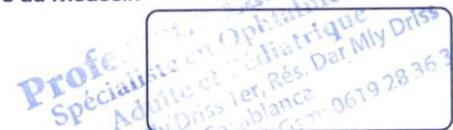
Date de naissance : 03/06/2023

Adresse : Professeur, Spécialiste en Radiologie, Adulte et Pédiatrique, Casablanca, Gsm: 0619 28 36 31

Tél. : 03 20 86 12 22 Total des frais engagés : 165960 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/2023

Nom et prénom du malade : FAKTHAC MILOUDIA

Age : 30

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection de la peau

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 : 03/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : R. BOUZACHANE



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/06/2023 | CS + K | 100 | 400 | Signature et cachet du Médecin |

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 Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|---------|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 05/06/2023 | | | | 4340,15 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

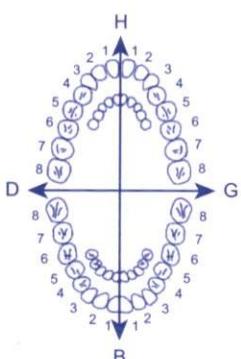
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | | |



[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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



03 juin 2023

Mme FAKHAR EI Miloudia

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = + 1.25 (- 0.75 à 85°)

OG = + 0.75 (- 1.25 à 100°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

OD = + 4.00 (- 0.75 à 85°)

OG = + 3.50 (- 1.25 à 100°)

JEM OPTIQUE SARL AU
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
17, RUE L'HOCEN EL ARJOUNE
CASABLANCA - R.C. 113543
Tél: 0522 86 00 55 - Fax: 0522 86 50 66

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
120, Bd Mly Driss Tch Rés. Dar Mly Driss
Casablanca
Tél: 0522 86 41 23 / 51 Gsm: 0619 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

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

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

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

Casablanca

الموقع الإلكتروني:

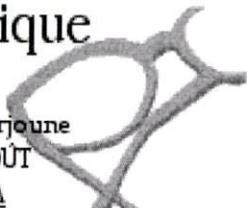
www.prlailaraiss.ma

J.E.M Optique

sarl

17, rue Lichen El Arjoune
face HOPITAL 20 AOÛT
20000 CASABLANCA

tél: 022 86 00 58 fax: 022 86 01 66



le 05/06/2023

Facture n° 23 0240

FAKHAR Milouda

DLN07

Ordonnance RAIS Laila 03/06/2023

Vision de LOIN

Monture N° TIPS: A1

Verres ORGANIQUE 65mm BLANC
ANTI REFLET

OD..... N° TIPS: 407 485,00

VP ORMA BL
Sup OD N° TIPS: 407 685,00

OG..... N° TIPS: 407 485,00

VP ORMA BL
Sup OG N° TIPS: 407 685,00

M U P R A S

2 000,00

R.C. Casablanca 113543

Patente n° 36343701

n° I.F. 1087628

INPE : 095001004

EI013

IWA

IWA

total

4 340,00

total T.T.C.

4 340,00