

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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



N° W21-816.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAN**

Matricule : **08838** Société : **RAN**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **181845**

Nom & Prénom : **Bennis**

Date de naissance : **Residence 6 Gardin de l'Gien 2**

Adresse : **06 62 79 66 66**

Tél. : **06 62 79 66 66** des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : **30/08/2019**

Date de consultation : **30/08/2019**

Nom et prénom du malade : **IOURIA**

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.

08 NOV. 2023

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 : **Ben** Le : **30/08/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **Ben**

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/08/2023	C	CG	INP : 091033081	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'AMMI ZINEB Monsieur Naoufal, Loi Naoufal Casablanca 2049639	30/08/2023	183,00

## 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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  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



**Professeur Laila RAIS**



**الأستاذة ليلى الرايس**

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

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

30 août 2023

**Mr IDRISSE MANSOURI Ismail**

99,00

PHYLARM

1 goutte plusieurs fois par jours dans les deux yeux pendant 1 mois

84,00

NAABAK COLLYRE (NE PAS FROTTER LES YEUX)

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 mois

183,00

PHARMACIE  
Des Docteurs  
Dr. ALAMI RINER  
Monsieur Naimouh ALAMI RINER  
120, Bd. Moulay Driss 1er, Casablanca  
Tél: 05 22 86 41 23 / 51

**Professeur Laila RAIS**  
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
120, Bd. Mly. Driss 1er,  
Res. Dar Mly. Driss Casablanca  
Tél: 0522 86 41 23 / 51 - Cell: 06 19 83 96 31

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3  
Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

المحمول: 05 22 86 41 23 / 51  
Site web: [www.prlailarais.ma](http://www.prlailarais.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.prlailarais.ma](http://www.prlailarais.ma)

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH



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

Tulair  
Laboratoires THEA - 12, rue Louis Blériot  
3017 Clermont-Ferrand Cedex 2  
FRANCE

Date de première ouverture  
تاريخ فتح الأول للعرض



LCA S.A.  
9, Allée Prométhée, F-28000 Chartres, France  
Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39  
E-mail : lca@lca-pharma.com

PHYLARM 10 mL boîte de 16



LOT : 30601  
EXP : 2026-05

M0152 - 2017/06 - PN : 930-1033/01