

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Ostéologie 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.

Education :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

Matricule : 6711 Société : R.D.M 32969

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ARAJ ABDELLAH

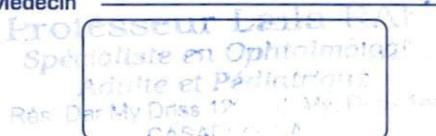
Date de naissance : 13-07-1959

Adresse : 207 ADDASSA 158, CASABLANCA

Tél. : 06 73 38 638 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/05/2020

Nom et prénom du malade : M. ARAJ ABDELLAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : A 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 : CASA

Le : 22/05/2020

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
22	CS	1	300	
05				
2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/05/2020	99,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

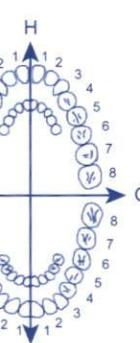
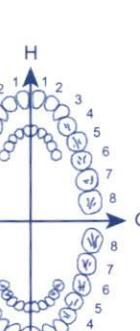
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000	G 00000000		MONTANTS DES SOINS
	H 35533411	G 11433553		DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 ليلى الرايس

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

Dr. LAILA RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Pédiatrique
Adulte et Pédiatrique
Rés. Dar My Driss 120, Bd My. Driss 1er
CASABLANCA GSM 06 19 28 36 31
Tél. 05 22 86 41 23/51 Date: 05/22/2008
Dar My Driss 120, Bd My. Driss 1er
CASABLANCA GSM 06 19 28 36 31
Tél. 05 22 86 41 23/51 Date: 05/22/2008

2020

Mr. ARAJ Abdallah



1 cp / jour le soir au coucher pendant 1 mois

751 09 22
LOT PER
Prix 99,00

99,00



Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés. Dar My Driss 120, Bd My. Driss 1er
CASABLANCA
Tel. 05 22 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. شارع مولاي إدريس 120، طابق 3
Casablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 06 61 08 06 18

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr / lailaraism@yahoo.fr

Site web: 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

المحمول: 06 61 08 06 18

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma