

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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

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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 045883

ND.48191

ANP

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3400

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HJYEG ANDALOUSSI BEATIEN KHALIL

Date de naissance : 14.10.62

Adresse : T. Res. DEMERA T. RIBD EL ANDALOU

Tél. : 0661.181754

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Laila KRISS
Spécialiste en Ophthalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés Dar My Driss 120, Bd My. Driss 1er
CASABLANCA
Tel 05 29 06 41 23/51 GSM 06 19 28 36 31

Date de consultation : 06/07/2022

Nom et prénom du malade : MJYEG ANDALOUSSI EL GHANI

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amputati on canalaire

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 : 06/07/2022

Le : 06/07/2022

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.
05/02/2020	OPT	100% Drss 1er	1400 f	Professeur Laila RAIS Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique RAS Dar My Drss 120, Bd My. Drss 1er CASABLANCA Tél: 05 22 86 41 235 - GSM 06 19 28 36 31

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
ABDER OPIQUE ENTILLE DE CONTACT Drissia 08 22 28 70 73 Fax 06 27 80 18 50	02/09/20					2800,00

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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													
	<table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

I.C.E = 001823017000027
D.N.P = 025004081

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhagi
IDRISSIA 1 -Casablanca
Tél: 05 22 28 70 73
Fax: 05 22 80 18 36

Patente: 33664052
CNSS: 2361145
R.C.: 20 47 88

Ordonnance du docteur

FACTURE 0005013

Le 02/09/2020

M..... HJIYE J ANDALousi EL Ghali
CaiLa Rais

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O. D. = +5,50 O. G. = +5,50	Prés { O. D. = -1,50 O. G. = -1,50	D. F. { O. D. = 2° O. G. = 176°
--	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

FOURNITURES :

Montures :	optique	1000	1000,00
Verres :	organique AR	900x2	1800,00
La présente facture arrêtée à la somme DH	TOTAL		2800,00

Deux mille huit cent DH

KADER OPTIQUE
OPTIQUE - OPTOMETRIE
LENTEILLE DE CONTACT
404, Av. Abdellah Senhaji, Driassa, Casablanca
Tél: 05 22 28 70 73 - Fax: 05 22 80 18 36

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 وعيون الأطفال
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

06 juillet 2020

Mr. HJIYEJ ANDALOUSSI EI Ghali

Monture + verres correcteurs vl amincis
Antireflets

OD = + 5.50 (- 4.50 à 2°)

OG = + 5.50 (- 4.50 à 176°)



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 :

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

05 22 86 41 23 / 51

ail: cabinetprrais@yahoo.fr

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: Site web: www.prlailaraais.ma

الموقع الإلكتروني: www.prlailaraais.ma

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophthalmologie 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 بالدار البيضاء

INPE 091033084

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés Dar My Driss 120, Bd My. Driss 1er
Tel 05 22 86 41 23 / 51 GSM 06 19 28 36 71

BON DE REGLEMENT

Reçu de
Mr/Mme/Melle.....

La Somme de :

Quarante Dhs.
+ 655 F Dhs.

Pour :

Confort à oeil

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 71

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - 3^{me} ét. 3rd fl.
الدار البيضاء
Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

05 22 86 41 23 / 51

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

Site web: www.prlailaraism.ma

الفحص بالموعد :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - 3^{me} ét. 3rd fl.
الدار البيضاء
Casablanca

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

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

Site web: www.prlailaraism.ma