

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-608558

59480

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00303 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN
 Date de naissance : 93/09/38
 Adresse : 12 IMPASSE DAJET NACHLAF - CASA
 Tél. : 0672006347 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04/02/2021
 Nom et prénom du malade : CHAIEB LAHSEN Age :
 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.

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 : 12/02/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNCF N° : A-A-215/2015

RELEVÉ 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
04/02/2021	an		cc	INF: 091933084

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIQUE OPTOMETRIE MIRI MUTUELLE Adaptation de Lentilles de Contact 259-261, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca Tel: 0522 26 40 63 - Fax: 0522 29 38 30	04-02-21	3600,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

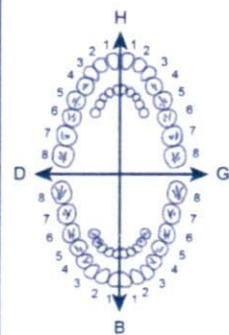
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

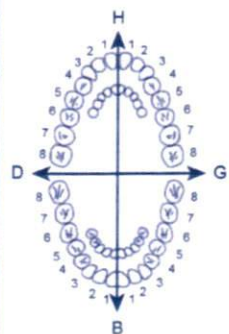
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
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 و عيون الأطفال
أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

04 février 2021

Mr. CHAIEB Lahsen

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 0.75 (- 1.75 à 107°)

OG = + 0.50 (- 1.00 à 99°)

VP : ODG = Add : + 2.50

**OPTIQUE OPTOMETRIE
MIRI
MUTUELLE**
Adaptation de Lentilles de Contact
Rés. Dar Moulay Driss 120, Bd. My. Driss 1er
CASA - Tél: 05 22 86 41 23 / 51 - Fax: 05 22 29 36 30

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er
CASABLANCA
Tél.: 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. 3 - إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma

**OPTIQUE OPTOMETRIE
MIRI**

259-261 Rue mostafa El Maâni
Tel : 022 26 40 63 -Casablanca
Fax : 022 29 38 30

FACTURE N 0038/2021

LE 10/02/2021
MR CHAIEB LAHSEN



Ordonnance du médecin LAILA RAIS

NOMENCLATURE		LOIN	OD OG
DF Progressif	OD 431 OG 431	PRES	OD OG

FOURNITURES

1 monture

2 verres progressifs ESSILOR incassables amincis

**OPTIQUE OPTOMETRIE
MIRI
MUTUELLE**
~~Adaptation de Lentilles de Contact~~
259-261, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca
Tél: 0522 26 40 63 - Fax: 0522 29 38 30

VL	VP
1 300	
2 300	
3600	

La présente facture est arrêtée à la somme de :

TROIS MILLE SIX CENTS DIRHAMS

HT = 3000,00

TVA 600,00

R,C 197582

PATENTE 34202047

CNSS 1627093 TVA 807690

IF 41802900

ICE 001690017000087