

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **iologie 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.

## **ique :**

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.

## **ntaire :**

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 caractére personnel.

**UPRAS** : 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](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

Nº M21- 0010937

Doss n°

63468

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 82.18 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : HMANI HANZA ..... Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent[e] :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-010937

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule : .....

Nom de l'adhérent[e] : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Signature et Sceau du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/12/2020	Ophtalmologie	1	400	Docteur Lalla Spécialiste en Ophtalmologie et Pédiatrie Driss TIZOUNI My CAS BLANC 86 41 22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Mrne Bertrand - 16.02.2020</i>	15/12/2020	140,90 DH

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des s

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EFFECTUATION DE LA CONSULTATION

# الأستاذة ليلى الرايس

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

16 unidoses . . . s de

IS



Oncologie Pédiatrique  
armacie - Casablanca

15 décembre 2020

Mr. HMANI Hamza

83. m

PHYLARM



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

57. 90

ALLERGO-COMOD



1 goutte 2 fois par jour dans les deux yeux pendant 1 mois

140. 90

Casablanca - Tel: 06 22 86 41 23 / 51  
Mme. Permanence: 06 22 86 41 23 / 51  
Pharmacie Optique  
Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er  
Casablanca - Tel: 06 22 86 41 23 / 51  
Mme. Permanence: 06 22 86 41 23 / 51

~~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 34~~

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 06 19 28 36 34

موقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma

الفحص بالموعد :

إقامة دار مولاي إدريس.

الدار البيضاء

الموقع الإلكتروني:

# 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 بالدار البيضاء

Le 15/12/2022

INPE 091033084

### BON DE REGLEMENT

Reçu de .....  
Mr/Mme/Melle/ Enf .....

La Somme de : ..... Dhs.

Pour : .....  
*Consultation enfant*

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      Urgences: GSM : 06 61 08 06 18  
Cacablanca      المحمول: 05 22 86 41 23 / 51  
Site web: www.prlailaraiss.ma

#### Consultation sur rendez-vous :

الفحص بالموعد :  
إقامة دار مولاي إدريس. 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3  
الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51      المحمول: 05 22 86 41 23 / 51  
E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51      المحمول: 05 22 86 41 23 / 51  
موقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma