

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.



Declaration de Maladie

86951. N° W21-611074

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03397

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DEBBAGH Mohammed

Date de naissance : 03-04-60

Adresse : 9 Residence DINK AL HAND Pt de Makkah

Tél. : 0661 137692

Total des frais engagés : 1800,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie

Adulte et Pédiatrique

120, Bd Mly Driss 1er, Rés. Dar Mly Driss

Casablanca

Tél: 0522 86 41 23/51 Gsm: 0619 28 36 35

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 / 03 / 2021

Nom et prénom du malade :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca le 20/04/2021

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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
07/13/2021	CA	1	CC	INP : 091033084

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 Particulier	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------

INP : | | | | |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

opticienne optométriste

Contactologiste

Angle Bd. 2 Mars et Bd El Kods
Imm Al Majd n°5 - Ain Chok
Casablanca - Tél. : 05 22 52 59 88
GSM : 06 80 08 52 40

Facture 0005417

N° Identification : 02202896

Patente : 34062115

R. C. : 127047

ICE 00003733500076

Nom et Prénom : HJIEZ ANDALOUSS-EP DEBBAGH Date 26/3/2021
ATCHA

Vision de Loin		Vision de Près	
OD : Sph <u>-0.25</u>	Cyl <u>-0.50 x 180</u>	OD : Sph <u>+2.25</u>	Cyl <u>-0.50 x 180</u>
OG : Sph <u>plan</u>	Cyl <u>-0.25 x 100</u>	OG : Sph <u>+2.50</u>	Cyl <u>-0.25 x 100</u>

Double Foyer

OD : Sph _____ Cyl _____ ADD : _____

OG : Sph _____ Cyl _____ ADD : _____

Quantité	Désignation	Prix
	Monture : _____ _____	
	Verre : <u>mechaniques progressifs</u> <u>18cm DM</u> <u>anti-reflets</u>	

Montant en lettres : Mille huit cents

dix francs

Total

NOTR OPTIC
Angle Bd. 2 Mars et Bd. El Kods - Imm. Al Majd - Ain Chok - Casablanca
Cachet & Signature : 22 52 59 88

Professeur Laila RAIS



الأستاذة ليلى الرايس

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

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

01 mars 2021

Mme HJIEJ ANDALOUSSI EP DEBBAGH Aicha

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = - 0.25 (- 0.50 à 153°)

OG = Plan (- 0.25 à 106°)

VP : ODG = Add : + 2.50

NOTR'OPTIC
Angie Bd. 2 Mars et Bd.
El Kod's Mag. N°5
Imm. Al Majd - Min Chook - CASA
Tél : 05 22 52 59 88

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
120, Bd Mly Driss 1^{er}, Rés. Dar Mly Driss
Casablanca
Tél: 0522 86 41 23/51 GSM: 0619 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 3^{ème} ét. Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3
Casablanca 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: cabinetprais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma