

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **tique :**

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.

## **aladie 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

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0011633**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8460

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hsiye

Date de naissance :

14-10-60

Adresse : 7 nes ALMERIA

Tél. : 0661 181754

Total des frais engagés :

Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Professeur Lalla RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique 1<sup>er</sup> SED  
Rés Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1<sup>er</sup> SED 4019  
CASABLANCA  
Tel: 05 22 06 41 23<sup>45</sup> GSM 05 28 36 31*

Date de consultation : ..... / Tel: 05 22 06 41 23<sup>45</sup>

Nom et prénom du malade : Hsiye AND LOUSSI AZIZ Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection canalaire

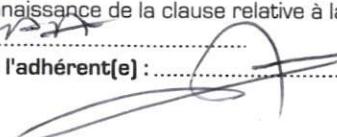
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Le : 09/08/10

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
02/03/10	US	1	300	Docteur Lalla en Opérations Adulé et Professeur CASABDA Signature : Dr. Lalla Date : 10/03/10 N° de Caisse : 2315
03/03/10				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
KADER OPTIQUE OPTIQUE - OPTOMETRIE LETTRE DE CONTACT 104, AV. ANDRE SAMSON TÉL: 05 22 28 70 73 - Fax: 05 22 80 16 00	30 08 AG					2400,00 Dhs

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

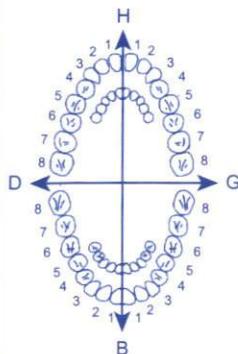
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



### **(Création, remont, adjonction)**

VISUEL SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

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 ليلي الرايس

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

Casablanca, le mardi 2 juillet 2019  
HJIYEJ ANDALOUSSI Aziz

UNE PAIRE DE LUNETTES :

DE LOIN Organiques INCASSABLES  
Verres sans antireflets ni filtre bleu +++++

Oeil Droit : (5° -1,25) + 1,50

Oeil Gauche : (180° -1,25) + 1,50



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 : Bd Moulay Driss Premier N°120, Rés. Dar Moulay Driss, 3<sup>ème</sup> ét. Casablanca  
Tél.: 05 22 86 41 23 / 51      Urgences: GSM : 06 19 28 36 31  
E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الفحص بالموعد: شارع مولاي إدريس الأول رقم 120، إقامة دار مولاي إدريس، طابق 3 الدار البيضاء  
الهاتف: 51 - 05 22 86 41 23      المحمول: 05 22 86 41 23  
الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma

ICE001823017000027

# 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 0006162**

Le..... 30/08/2019

M. Hjigej Andaloussi Aziz  
Rais Raïs

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O. D. = ..... O. G. = .....	Prés { O. D. = ..... O. G. = .....	D. F. { O. D. = ..... O. G. = .....
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

<b>FOURNITURES :</b>		
Montures : optique	800,00	800,00
Verres : Ong enigme AR	800 x 2 800 x 2 800 x 2 800 x 2	1600,00 1600,00 1600,00 1600,00
	<b>TOTAL</b>	2400,00 Dhs

La présente facture arrêtée à la somme DH

**TOTAL**

deux mille quatre cent DH.

