

# 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.

## 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.

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

## adie 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

UPRAS 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.

**PRAS** : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : U.926 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITEE

Nom & Prénom : ME EL IDRISI LARABI ANAL

Date de naissance :

26/06/61

Adresse :

Robi tuelle

Tél. : 0661.322822

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/10/19

Nom et prénom du malade : F. C. IDRISI E. L. RABBI ANAL Age : 58

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Abjection 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 : .....

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

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

### N° P19-042699

Déclaration de maladie

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 : U.926

Nom de l'adhérent(e) : EL IDRISI ANAL

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

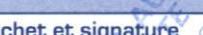
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
19/04/2014 et 01/05/2014	Docteur Spécialiste en ORL et Radiologie	1	300	Docteur L. Driss CASAB

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	24/09/2019	1	0	0	0	6170,-

#### VOLET ADHÉRENT

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

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower right (9-12), and lower left (13-16). The arch is oriented with a vertical axis and four directional markers: D (left), G (right), H (up), and B (down). The teeth are numbered 1 through 16, with 1 at the top center and 16 at the bottom center. The diagram shows the dental arch with its teeth and directional markers.

**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 وعيون الأطفال  
أستاذة سابقة بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

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  
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

29-09-2019

Madame EL ADRSSI EL ARABI AMAL

UNE PAIRE DE LUNETTES :

PROGRESSIFS Photochromiques ANTIREFLETS

Oeil Droit :  $(75^\circ -0,75) + 2,25$ , Addition + 2,50

Oeil Gauche :  $(60^\circ -0,75) + 2,50$ , Addition + 2,50

JEM COTIQUE SARL AU  
OPTOMETRISTE  
22 Bd Lahcen El Arjoune  
CASABLANCA - R.C: 113543  
Tél.: 0522 86.00.58-Fax: 0522.86.50.16

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 :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - 3<sup>eme</sup> ét.  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

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

Site web: www.prlailaraism.ma

الفحص بالموعد :

إقامـة دار مـولـاي إـدـرـيسـ، 120ـ شـارـعـ مـولـايـ إـدـرـيسـ الـأـوـلـ - طـابـقـ 3ـ 3ـمـمـ إـتـ.

الـدارـ الـبـيـضاـ

الـمـهـمـوـلـ

الـهـاتـفـ

الـمـوـقـعـ الـإـلـكـتـرـوـنـيـ

# J.E.M Optique

sarl

17, rue Lachen El Arjoune  
face HOPITAL 20 AOÛT  
20000 CASABLANCA

tél: 022 86 00 58 fax: 022 86 01 65



R.C. Casablanca 113543

Patente n° 36343701

n° I.F. 1087628

le 24.09.19

Facture n° 19 0391

EL IDRISI EL ARABI Amal

VL37

<u>Multifocaux</u>	M U P R A S
<b>Monture</b> N° TIPS: A1	<b>1 200,00</b>
Verres PROGRESSIF PHOTOCHROMIQUE 1,6 ANTI REFLET	
OD..... N° TIPS: 431	<b>2 485,00</b>
OG..... N° TIPS: 431	<b>2 485,00</b>

8K062	total	<b>6 170,00</b>
IWA		
IWA		
	total T.T.C.	<b>6 170,00</b>