

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 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.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0024892

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2492 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAQLACH HASSAN

Date de naissance :

Adresse : 157202

Tél : Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin **Professeur Laila RAIS**

**Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique**
120, Bd. Mly. Driss Tek - Tél.: 06 61 08 08 18
INPE : 091033084

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : F.V.T. O.A.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie:

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
17/09/22	FALCEL	K40	1500,00	CLINIQUE RACHIDI 43, Bd. Rachidi - Casablanca Tél : 05 22 29 48 38 / 37 Fax : 05 22 22 03 57 Professeur Laila RAIS Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique 120, Bd. Mly. Driss Ter. - Tél : 06 61 06 06 18 INDE 1091033084
09/22	H2N CURE	K40	500,00	
	TOTAL		4000,00	

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

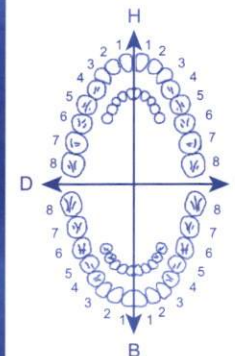
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Casablanca, le 10/04/2023

Prière d'hospitaliser

Mr. (Mme. Enf. Najib Zobra

Le 10/04/2023 à heures à jeûn

Diagnostic INT OJ

Prise en charge PAYANTE

Mutuelle Assurance

Nombre de jours d'hospitalisation Prévus

Préparation à l'entrée

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
120, Boulevard Rachidi - Casablanca
Tél: 0522 86 41 23/51 Gsm: 0619 28 36 31
Médecin traitant



FACTURE

Casablanca, N° : 150979 / 2023 du 11/04/2023 في الدار البيضاء

Nom patient **NAJIB ZOHRA**
PAYANT

Entrée 11/04/2023
Sortie 11/04/2023

PR. RAIS LAILA (OPHTALMO)

INJECTION INTRAVITREENNE OEIL DROIT

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1.00	CH	200.00	200.00
SALLE OPERATION K40	40.00	K	25.00	1 000.00
			Sous-Total	1 200.00
PHARMACIE	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total Clinique				1 500.00

PR. RAIS LAILA (ophtalmo)	1.00	K40	2 500.00	2 500.00
			Sous-Total	2 500.00
Total Autres prestations				2 500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE MILLE DIRHAMS	Total 4 000.00

PAYE ESPECES
Le 11/04/2023
Montant 4 000.00

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél : 05 22 29 48 36 / 37
Fax : 05 22 22 03 57



ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : NAJIB ZOHRA	N° Facture 150 979	150979
---------------------------	--------------------	--------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
AIGUILLE JETABLE 30G (100)	1	0.50	0.50
AVASTIN 100mg/4ml INJECTA (01)	1	221.10	221.10
BETADINE BLEUE 125 ml SOLUTIO (01)	1	27.80	27.80
COMPRESSES N/TMEDICOMP 7.5X7. (100)	5	0.22	1.10
FRAKIDEX 0.1 % PDE OPH (01)	1	20.80	20.80
PANSEMENT P.M (001)	1	25.00	25.00
SERINGUE ICC INSULINE RR (100)	1	1.10	1.10
SERINGUE 5CC RR (100)	2	1.30	2.60
Total pharmacie			300.00

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél : 05 22 29 48 56 / 37
Fax : 05 22 22 03 37

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Mly. Diss 1er - Tél.: 06 61 08 06 18
INPE : 091033084

Casablanca, le: الدار البيضاء في

Pr. RAIS LAILA
OPHTALMO

NOTE D'HONORAIRES

Date : 11/04/2023
Patient : NAJIB ZOHRA
Honoraires : 2 500.00
(DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS)

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Mly. Diss 1er - Tél.: 06 61 08 06 18
INPE : 091033084

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 Patente: 35504150

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/ 37

Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43 شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.ب.ج: 1037680 رقم التعريف: 01020458 س.ت: 74087 البتانة: 35504150

الهاتف: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/ 37

الفاكس: 05 22 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com

Nom du patient : NAJIB ZOHRA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	RAIS LAILA	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	11/04/2023	
Date sortie	11/04/2023	11:23
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : HAFID 11/04/2023 12:27 150979		

CLINIQUE RACHIDI
43. Bd. Rachidi - Casablanca
Tél : 05 22 29 48 36 / 37
Fax : 05 22 22 03 57

