

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.

Adresses Mails utiles

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

N° W19-435945

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8218 Société : RAI

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HMANI - SA'D

Date de naissance : 03-10-68

Adresse : LOT 15 hay essalam mar 3
VILLA n° 11 CIL CASABLANCA

Tél. : 0664 23 00 04 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 SEP 2020

Nom et prénom du malade : HMANI KAF

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

Nature de la maladie : Affect. 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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 22 SEP 2020

Signature de l'adhérent(e) : 

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
22/06/2020	CS + K2	1	400	INP 091033084

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOPHIA Mme. Benbrahim Ep. Sileoni 214 Bd. Ibnou Sina - CASA Tél: 0522 36 01 64	22/06/2020	69.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

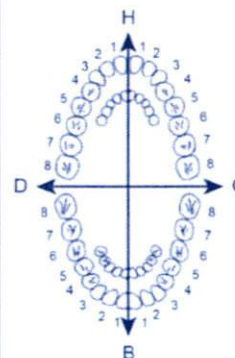
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

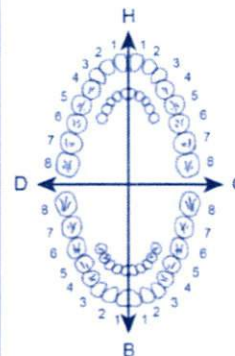
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

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 و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et pédiatrique
Rés. Dar My Driss 120, Bd Moulay Driss 1er
CASABLANCA 06 19 28 36 21
05 22 86 41 23 51 GSM

MANO KAFIL

- PHARMUNISE
2 GAVAGE 2-3 fois par jour
pendant 1 mi
60.00
- NAVITAE collyre
2 goutte x 4 fois par jour
1 mi
60.00

PHARMASOPHIA
Mme Benbrahim Sina - CASA
05 22 36 01 64
05 22 86 41 23 51 GSM



Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1er - 3ème ét. - Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

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

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

Site web: www.prlailarais.ma

الفرص بالموعد :

إقامة دار مولاي دريس، 120 شارع مولاي دريس الأول - طابق 3 - 3ème ét.

الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma

Professeur Laila RAIS

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



الأستاذة ليلى الرايس

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

Le 22/06/2020

INPE 091033084

BON DE RÈGLEMENT

Reçu de
Mr/Mme/Melle **YIMANE KAFIL**

La Somme de : **Quatre cent dix**
2400 Dhs.

Pour : **Consultation**

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 **إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول، طابق 3**
Cacablanca **الدار البيضاء**

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 **المحمول: 06 61 08 06 18**

05 22 86 41 23 / 51 **الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51**

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

Site web: www.prlailaraism.ma **الموقع الإلكتروني: www.prlailaraism.ma**