

# 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.

## 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



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- N° 004932

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02492 Société : (137375)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB ZOARA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### 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: 06 19 28 36 31

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/09/2022

Nom et prénom du malade : NAJIB ZOARA Age:

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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



# 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
29/09/2022	an		CL	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

29/09/22 290.10

## 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

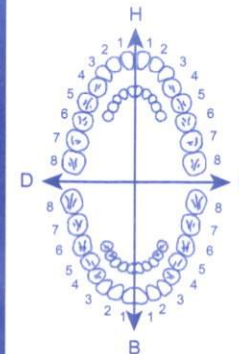
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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  
D 00000000 00000000  
G 00000000 00000000  
B 35533411 11433553

(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

Professeur Laila RAIS



الأستاذة ليلي الرايس

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

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال  
أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca, le 29/9/2022

M. Najib Laelach Zou

26.00  
36.50  
- Ortholux ou

Compresses stériles auto adhésive

- chibroxine collyre

28.60 x 2  
1 goutte, 4 fois par jour, pendant 7 jours

- CHIBRO CADRON Collyre

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 15 jours

54.40  
1 goutte, 2 fois par jour, pendant 15 jours

- TOBRADEX POMMADE

58.00 x 2  
1 application, le soir, pendant 7 jours

- Indocollyre Collyre

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 1 mois

29010  
Traitement pour l'œil

Merci de ramener à la consultation les médicaments du post opératoire

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprais@yahoo.fr

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

05 22 86 41 23 / 51 : الهاتف

Site web: www.prlailarais.ma الموقع الإلكتروني



6 118001 070817

CHIBROXINE 0,3%

Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH

Distribué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC



CHIBRO-CADRON  
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



CHIBRO-CADRON  
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



TOBRADEX®  
POMMADE OPHTALMIQUE  
0,3/0,1%  
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV : 54,40 DH  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ

TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE

0,3/0,1%

Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV : 54,40 DH

Laboratoires Sothema, Bouskoura

AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



6 118001 070602

690206 MA

INDOCOLLYRE 0,1%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088

PPV : 58,00 DH

LOT/عيار

FAB/ تاريخ التصنيع

EXPI/ تاريخ الانتهاء

AMM N° 155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088

PPV : 58,00 DH

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie

Adulte et Pédiatrique

120, Bd Mly Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3 Dar Mly Driss

Tél: 0522 86 41 23 / 51 - 06 61 08 06 18

Site web: www.prlailarais.ma