

## 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.

**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



## Déclaration de Maladie

M22- 0024896

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02692 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB ZOHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 800 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur Laila RAIS**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
CASA-Tel: 0522 86 41 51 Urgence: 0661 33 95 17

Date de consultation : 10/11/2022

Nom et prénom du malade : Najib Zohra Age :

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

Nature de la maladie : Injection Intra-vitreuse

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 NOV. 2022

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) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant l'accomplissement des Actes
10/11/22	Parodontologie		15000	<p><b>CLINIQUE RACHID</b>  <b>Dr Rachid Kasablanc</b>  43, Bd. Rachid Kasablanc  Tél : 05 22 29 40 36  <b>Professeur Laïd Kasablanc</b>  Spécialiste en Odontologie  Adulte et Pédiatrique</p>
	KYO		2500	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>CACHET TAKADOU</b>  Rue 26, Derby  Kadoma, N° 5  Tél : 05 22 61 31 10</p>	10.11.22	76,20
		INPE: 02021088

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

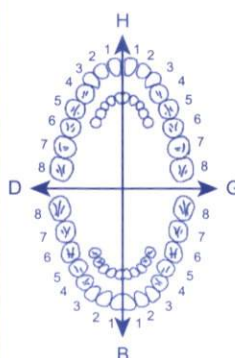
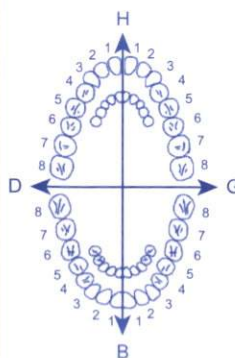
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 <input type="text"/>													
				Montants des Soins <input type="text"/>													
				Début d'exécution <input type="text"/>													
				Fin d'exécution <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			Montants des Soins <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE RACHIDI  
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE- NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER C O2 - ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE

جراحة أمراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري  
جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
جراحة أمراض العيون  
الإنعاش الطبي و الجراحي  
جهاز الليزر  
زراعة السكاكين الجسماني الكلي



مصلحة الراشدي  
090003716

IMPLANTATION COCHLEAIRE  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

F A C T U R E

زرع فوغة الأذن  
التشخيص و التحليلات

Casablanca, le: ..... في الدار البيضاء، في  
N°: 147253 / 2022 du 10/11/2022

Nom patient **NAJIB ZOHRA**  
**PAYANT**

Entrée 10/11/2022  
Sortie 10/11/2022

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
S OP 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 10/11/22  
Montant 4 000.00

CLINIQUE RACHIDI  
3. Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél: 05 22 29 48 36 / 37

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA  
CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087  
Patente: 35504150 - ICE: 001540813000088  
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



43، شارع الراشدي - الدار البيضاء  
ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - البتانتا: 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



## ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : NAJIB ZOHRA	N° Facture 147 253	147253
---------------------------	--------------------	--------

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 : 05.22.29.48.36 / 37

**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

**Pr. RAIS LAILA**  
**OPHTALMO**

**NOTE D'HONORAIRES**

Date : 10/11/2022  
Patient : NAJIB ZOHRA  
Honoraires : 2 500.00  
(DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS)

**Professeur Laila RAIS**

Spécialiste en Ophtalmologie

Adulte et Pédiatrique

120, Bd Mly Driss 1<sup>er</sup> Ét. Dar Mly Driss

Casablanca  
Tél: 0522 86 41 23 / 51 GSM: 0619 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> Ét. Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> Ét. Casablanca  
الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول : 06 61 08 06 18 GSM : Urgences

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma Site web

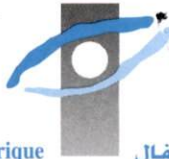
Nom du patient : <b>NAJIB ZOHRA</b>			الدار البيضاء في
Chambre : <b>NA</b>			
Médecin traitant	<b>RAIS LAILA</b>		
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		
Date entrée	<b>10/11/2022</b>		
Date sortie	<b>10/11/2022</b>	<b>10:17</b>	
Le caissier	L'infirmier	Le major	
Billet de sortie établi par : <b>HAFID</b> 10/11/2022 11:22 147253			

**CLINIQUE RACHIDI**  
Bd. Rachidi - Casablanca  
Tel: 05.22.29.48.36 / 37



**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

Casablanca, le 12 nov 2012

**Compte rendu d'IVT**

De M. *Majid Laghach Zohue*

Date: 12 nov 2012

Œil : *d. n. i. v.*

Betadine

Blepharostat

Ivt à 4 mm du limbe à 6 h

Avastin 0.1 cc

Stedex

**Professeur Laila RAIS**  
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
120, Bd. Miy. Driss 1er,  
Rés. Dar Miy. Driss 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  
Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3  
Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma

Casablanca, le 10/11/2022

Prière d'hospitaliser

Mr. Mme. Enf. Najb Elaqach Zahra

Le à heures à jeûn

Diagnostic IVT OD

Prise en charge

Mutuelle Assurance

Nombre de jours d'hospitalisation Prévus

Préparation à l'entrée

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
Médecin traitant  
Rég. Dar Mly. Oriss Casablanca  
Tél: 05 22 29 41 23 / 51 - Gsm: 06 19 28 36 31

43, Boulevard Rachidi-Casablanca

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43 - 05 22 29 48 36/37  
Fax : 05 22 22 03 57 - E-mail : rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

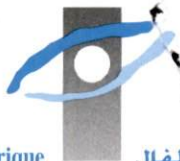
43. شارع الراشدي - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 20 92 43 - 05 22 22 12 96  
الفاكس: 05 22 22 03 57



**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



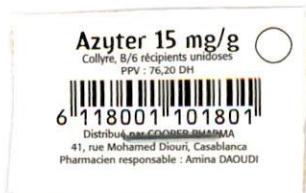
Casablanca, le 10 mai 2012

M. Najib Laghach Zohra



**AZYTER collyre**

1 goutte 2 fois par jour traitement pour l'œil ..... pendant 3 jours



**Professeur Laila RAIS**  
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
120, Bd. Mily. Driss 1er,  
Rd. Dar Mily. Driss Casablanca  
Tél: 05 22 86 41 23 / 51 - GSM: 06 19 28 36 31

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: cabinetprrais@yahoo.fr

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

Site web: www.prlailarais.ma : الموقع الإلكتروني

الفحص بالموعد :

إقامة دار مولاي إدريس, 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3  
الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51