

## 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-728711

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8218	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	242086
Nom & Prénom : H. MAMI - S.A.I.D			
Date de naissance : 03 - 10 - 68			
Adresse : Lot shemis Hay esalam rue n° 3 Villa n° 11 C.I.C CASABLANCA			
Tél. : 0661 835 004 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Professeur Leïla RAIS Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique 120, Bd. Mly. Driss 1er, Rés. Dar Mly. Driss Casablanca Tél: 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18 23 36 31	
Cachet du médecin :	Age:
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : H. mami A.L.I.	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affection 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.	

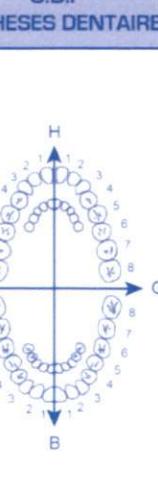
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à :  
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉ

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
19/01/2023 Driss Casablanca Gsm: 06 19 23 36 31	CS	.	500	Driss Casablanca 19/01/2023 084 Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique 123 Bd. M'hamed Ben Youssef Casablanca Gsm: 06 19 23 36 31

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/05/2012	117,50

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DÉBUT D'EXÉCUTION																
				FIN D'EXÉCUTION																
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	35533411	11433553													
					G															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXÉCUTION																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																				



## الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال  
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Le 29a RAIS  
Professeur 29  
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
120, Bd. Mly. Driss Casablanca  
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca  
Tél: 0522 86 41 23 / 51 - GSM: 06 13 28 31

Dr. H M A N

99.00

PhyLarm S.B

1 goutte plusieurs fois par jour  
pendant 1 mois sur le 2 yeux

18.50

Softal

S.B

1 goutte 4 x par jour pendant 1 mois

5.0

120, Bd. Mly. Driss Casablanca  
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca  
Tél: 0522 86 41 23 / 51

18.50

Consultation sur rendez-vous :

120 شارع مولاي إدريس، 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>eme</sup> ét. طابق 3  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprralais@yahoo.fr

الموسيقى: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

موقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma

الفحص بالموعد :

إقامة دار مولاي إدريس.

الدار البيضاء

# 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 وعيون الأطفال  
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

INPE 091033084

### Bon de règlement

Reçu de Mr /Mme / Melle ..... Kafif Ali .....

La somme de ..... cinq cent dirhams .....

..... + 500 dh's + .....

Pour ..... consultation .....

Consultation sur rendez -vous :

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

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 51 / 05 22 86 41 23

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

المحمول: 06 61 08 06 18

موقع إلكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma

الفحص بالموعد :

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

موقع إلكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma