

# 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

- 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.

M22- 0024671

Couleur  
Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société : *AC9018*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDERRAFI

Date de naissance : 1949

Adresse : 176 LOIXEMENT FLORIDA SIDI MAAROUF  
CASABLANCA

Tél. : 0665200336 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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

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 : *Confluent* Le : *My 10.1.2023*

Signature de l'adhérent(e) : 

## 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

## **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 Cœfficients	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	

#### **RELEVE 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP 98

MATRICULE : 21501

ADHERENT : BELLAMINE RAJAA  
9098

BENEFICIAIRE : BELLAMINE RAJAA

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSÉS		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
1 02	CONSULTØ SPECIALIST		250,00	0,85		212,50
11 00	K SPECIALISTE		500,00	0,85		425,00
12 00	R RADIOLOGIE R-Z		250,00	0,85		212,50
99 00	PRESTATIONS NON REMB		328,00			0,00
	nr xailin + thealose + navilipo					
	T O T A U X		1.328,00			850,00

P.S : Il est rappelé que toute ordonnance doit être accompagnée des PPM (Prix Public Marocain) et des prospectus pour chaque médicament.  
Nous vous en remercions.

DATE	CODE SOCIETE	N° DU DOSSIER	NUMERO DU SINISTRE AXA	MONTANT DU REGLEMENT
27/04/2023	0X1211398	21501 00 2023 2342578	23678200	850,00

## INSTRUCTIONS À SUIVRE PAR LES ADHÉRENTS POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DOSSIERS (MALADIE)

### 1 . DOCUMENTS

La feuille de déclaration de maladie doit être originale (pas de photocopies), dûment remplie (nom, prénom, matricule et lien de parenté : adhérent, conjoint ou enfant) et accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires.

### 2 . PHARMACIE

L'ordonnance doit comporter la date, le nom et le prénom du malade, inscrits de la main du médecin et être accompagnée des vignettes, des prospectus, des médicaments prescrits et des P.P.V. (Prix Public de Vente).

### 3 . EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

L'adhérent(e) est tenu(e) de fournir à la mutuelle soit un bulletin de changement de situation relatif à son/sa conjoint(e) accompagné d'une photocopie de l'acte (mariage, divorce), soit un justificatif concernant l'enfant (naissance, décès).

### 4 . DÉLAIS

Toutes les pièces concernant la maladie ou l'accident doivent être remises à la mutuelle au plus tard 3 mois après la première visite du médecin. Pour les soins et prothèses dentaires, le délai de remise est fixé à 1 mois à compter de la date de fin du traitement.

### 5 . INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'intervention chirurgicale, la note de la clinique doit préciser :

- a - les honoraires du chirurgien ainsi que le coefficient K correspondant à l'intervention ;
- b - la ventilation des frais annexes, aide, anesthésie, etc ;
- c - le nombre de jours d'hospitalisation ;
- d - le détail des fournitures pharmaceutiques.

### 6 . SOINS DENTAIRES

Pour les soins et prothèses dentaires, demander au chirurgien dentiste un relevé détaillé des différents soins ou prothèses avec indication de la date à laquelle ils ont été effectués, des honoraires correspondants à chaque soin ou prothèse, du numéro et de la position exacte de chaque dent traitée.

Un accord préalable de la mutuelle est obligatoire avant l'exécution des prothèses, implants ou acte d'orthodontie.

### 7 . HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

Les remboursements des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation se feront dans la limite du plafond général et au cours de change du jour des débours.

### 8 . ACCIDENTS

En cas d'accident, préciser les causes & circonstances et éventuellement les renseignements concernant le tiers ayant occasionné l'accident.

### 9 . FRAUDE

Toute fraude ou tentative de fraude entraînera la suspension de l'adhésion jusqu'à la prochaine réunion de la commission de la mutuelle (pour décision).

Sont considérés comme fraudes :

Falsification de facture - annotation non réelle des consultations, visites, frais pharmaceutiques - substitution d'un bénéficiaire - déclaration non réelle des ayant droits.

MUTUELLE  
DE PRÉVOYANCE DES  
BANQUES POPULAIRES



### DÉCLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré(e) : <b>BELLAMINE</b>		
Prénom : <b>RAJAA</b>		
N° DE SINISTRE : [ ]	NOMBRE DE PIÈCES : [ ]	TOTAL DÉPENSES : <b>1.328,00</b>
POLICE (1) : <b>1 2 1 1 3 98</b>	MATRICULE CPM : <b>21501</b>	ORDRE FAMILIAL : <b>00</b>

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin	
	<b>Docteur Laila RAIS</b> Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique 120, Bd. My. Driss Idir Rés. Dar My. Driss Casablanca Tél: 022 86 23 51 - GSM: 06 19 28 56 31	
	Nom du malade : <b>Bellamine</b>	MALADE (2)
Prénom du malade : <b>Rajaa</b>	Lui même <input checked="" type="checkbox"/>	
Nature de la maladie : <b>Affekt. oculaire</b>	Conjoint <input type="checkbox"/>	
	Enfant <input type="checkbox"/>	

À **01** Le **19/01/2023** Signature **Se**

MBP 31-20

(1) Porter le code Banque.

(2) Mettre une croix dans la case correspondante.

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle.

Praticien	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant du paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réservé à la Mutuelle
MÉDECIN TRAÎANT	14/03/2023	CJ + K10 f, 10	Professeur Dr. H. Lila Spécialiste en Chirurgie Viscérale Adulte et Pédiatrique 129, Bd. de l'Indépendance Casablanca Ref. Dat. 11/03/2023 Tél. 0522 412551 - GSM: 06 19 20 33 31	500	
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES	14/03/2023	LACRYMAG	Professeur Dr. H. Lila Spécialiste en Chirurgie Viscérale Adulte et Pédiatrique 129, Bd. de l'Indépendance Casablanca Ref. Dat. 11/03/2023 Tél. 0522 412551 - GSM: 06 19 20 33 31	500	
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
Exécution des Ordonnances	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste		Montant de la facture	Réservé à la Mutuelle
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	14/03/2023	Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham <b>Pharmacie RAB13</b> 173, Bd. El Hiraa Lot Errabii BERRECHID - Tél.: 0522 99 69 60		320,00	

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

<b>SOINS</b> <input type="checkbox"/> <b>PROTHÈSE</b> <input type="checkbox"/>	
<p>D  G</p> <p> G</p>	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <div style="text-align: right;">[Scale from 0 to 10]</div>	
<p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins :</p>	
<p>Date : </p>	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="text-align: right;">[Scale from 0 to 10]</div>	
<p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse :</p>	
<p>Date de l'appareillage : </p>	

# 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 وعيون الأطفال  
أستاذة سابقا بكلية طب وصيدلة بالدار البيضاء

14 Mars 2023

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
120, Bd. Mly. Driss 1er,  
Rés. Dar My. Driss Casablanca  
Tél: 0522 86 41 23 / 51 - GSM: 06 19 28 36 31

Mme BENYAHIA

98,00

NAVILIPOL COLLYRE



1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

142,00

Thealose COLLYRE



1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 mois

87,00

XAILIN NIGHT

1 application, le soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois

328,00

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
PHARMACIE RABIS  
172 Bd. El Hira'a Lot Errabii  
PERRECHID - Tél.: 0522 86 69 00

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
120, Bd. Mly. Driss 1er,  
Rés. Dar My. Driss Casablanca  
Tél: 0522 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  
الدار البيضاء  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51      المحمول: 06 61 08 06 18

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

Site web: www.prrialaraais.ma

## الفحص بالموعد :

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

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 06 61 08 06 18

**Professeur Laila RAIS**

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



**الأستاذة ليلي الرايس**

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

Le 14/03/2023

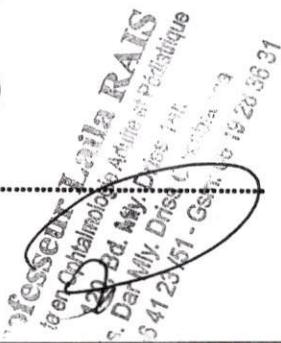
INPE 091033084

**Bon de règlement**

Reçu de Mr /Mme / Melle ..... BELLAZINE NADIA .....

La somme de ..... 500 F.....  
.....

Pour ..... Consultation + fonds



Consultation sur rendez-vous :

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

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموبايل: 05 22 86 41 23 / 51

Site web: www.prlailaraiss.ma

الفحص بالموعد :

## **Professeur Laila RAIS**



الأستاذة ليلى الرايس

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

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال  
استاذة سماحة الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Le 14/03/2023

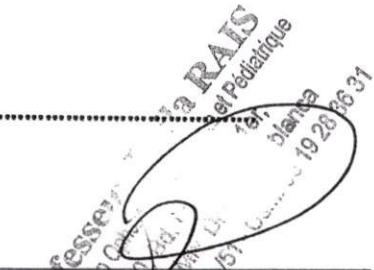
**INPE 091033084**

## Bon de règlement

Reçu de Mr /Mme / Melle BÉATRICE PATAA

La somme de ..... Cinq cent francs  
..... + 500 + .....

Pour ..... (A cry Mac)



#### **Consultation sur rendez -vous :**

إقامة دار مولاي إدريس 120 بشارع هوكمة إدريس الأول - طابق 3  
دار السضاء  
Casablanca

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51      Urgences: GSM : 06 61 08 06 18      المحمول: 05 22 86 41 23 / 51  
E-mail: cabinetprralais@yahoo.fr      موقع الالكترونى: Site web: www.pralilarais.ma

• جمع: ۱۰۰۰ نامه از اینجا

# Professeur Laila RAIS

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



# الأستاذة ليلي الرايس

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

mardi 14 mars 2023

Mme BELLAMINE Rajaa

## Compte rendu Lacrydiag

### INTERFÉROMÉTRIE :

Œil droit : 15 nm Maillage ouvert

Œil gauche : 15 nm Maillage ouvert

### GLANDES DE MEIBOMIUS :

Œil droit : 19 % de perte

Œil gauche : 11 % de perte

### HAUTEUR DU MÉNISQUE LACRYMAL :

Œil droit : 0.14 mm

Œil gauche : 0.16 mm

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
120, Bd Mly Driss 1<sup>er</sup> arr. Dar Mly Driss  
Casablanca  
Tél: 0522 8641 23/51 GSM: 0619 23 36 31

#### *Consultation sur rendez-vous :*

الفحص بالموعد :  
إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3  
الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51      Urgences: GSM : 06 61 08 06 18      المحمول: 05 22 86 41 23 / 51  
E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr      Site web: www.prlailaraiss.ma

NOM, PRÉNOM  
**BELLAMINE, RAJAA**

CODE DE SÉCURITÉ  
**65454**

SEXE  
**F**

DATE DE NAISSANCE  
**1955/08/06 (67)**

DESCRIPTION  
**Rapport par date**

DATE  
**2023/03/14**

ADRESSE

Oeil Droit (O.D.) Oeil Gauche (O.S.)

-15 nm Maillage ouvert -A Type couche Ipl.  
19% Glandes de Meibomius inférieures - Zone de perte (%)  
0,14mm Hauteur du ménisque lacrymal (mm)  
0,16mm