

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

ND: 44780

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>385</b>	Société : <b>RAT</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>RIZKI SNAI</b>
Nom & Prénom : <b>RIZKI SNAI</b>			
Date de naissance : <b>01-01-1932</b>			
Adresse : <b>HAY DAKAR 1 RAVI 5 N° 21</b>		Total des frais engagés : <b>1600,00 Dhs</b>	
Tél. <b>0522210652</b>			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<b>Docteur RIZKI SNAI</b>	
Date de consultation :	<b>21/10/2020</b>
Nom et prénom du malade :	<b>RIZKI SNAI</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Allergie</b>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
<b>21/10/2020</b>	
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) :

Le : **21/10/2020**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
07.12.2013	UAK	1	40000	INP : 091003324 Dr. Béatrice en Laboratoire d'Ophtalmologie de l'ANCA GSM Ob

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr M. B. en Ophtalmologie à Paris	03/09/2006	OC 1- K 80	1200 DHS

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cache et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
		21433552 00000000 11433553		<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 الطب والصيدلة بجامعة الدار البيضاء

05/09/2015

Mme REZKI Mazouza

### Compte rendu d'OCT maculaire

Oct Maculaire : Oeil droit

Macula Thickness OD : 251 µm

Aspect foveolaire : normal

Couches rétiniennes : légère altération de l'EP sur Od

Pachy Od : 520 µm

Oct Maculaire : Oeil gauche

Macula Thickness OG : 204 µm

Aspect foveolaire : normal

Couches rétiniennes : normales

Pachy Og : 510 µm

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Rés. Dar My Driss 120, Bd My. Driss 1er  
CASABLANCA  
Tel.: 05 22 86 41 23/51 GSM: 06 18 05 22 86 41 23/51

#### Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - 3<sup>ème</sup> ét.  
الدار البيضاء  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 06 18 05 22 86 41 23 / 51

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

Site web: www.prlailarais.ma

الفحص بالموعد :

إقامـة دار مـولـاي إـدـريـس.

120 شـارـع مـولـاي إـدـريـس الأول .

طـابـق 3 - 3<sup>ème</sup> ét.

الـدارـ الـبيـضاـءـ

CACABLANCA

الـهـاتـفـ: 05 22 86 41 23 / 51

الـمـهـمـوـلـ: 06 18 05 22 86 41 23 / 51

الـمـوـقـعـ الـإـلـكـتـرـوـنـيـ: www.prlailarais.ma

# 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

07/09/2022

Le ..... 07/09/2022

INPE 091033084

### BON DE REGLEMENT

Reçu de .....  
Mr/Mme Melle ..... REZKI MAZOULA .....

La Somme de : ..... Opérative cert 10.45 .....  
..... + 400 + ..... Dhs.

Pour : ..... consultation... pour d'oeil .....

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Rés. Dar My Driss 120, Bd My. Driss 1er  
CASABLANCA  
Tel. 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 - 3<sup>ème</sup> ét. 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - 3<sup>ème</sup> ét.  
الدار البيضاء  
Cacablanca

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51 المحمول: 06 19 28 36 31

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

موقع الإلكتروني: [www.prlailaraiss.ma](http://www.prlailaraiss.ma)

الفحص بالموعد :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - 3<sup>ème</sup> ét.

الدار البيضاء

Cacablanca

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51 المحمول: 06 19 28 36 31

موقع الإلكتروني: [www.prlailaraiss.ma](http://www.prlailaraiss.ma)

# 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 ... 05/09/2020 .....

INPE 091033084

L'Institut  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Rés Dar My Driss 120 Bd My Driss 1er  
05 22 86 41 23 / 51 GSM 06 19 28 36 31  
CASABLANCA  
My Driss 1er  
Bd My Driss 1er  
GSM 06 19 28 36 31

### BON DE REGLEMENT

Reçu de .....  
Mr/Mme Melle ..... REZKI A. ALOUZA .....

La Somme de ..... MILLE DIX HUIT CENT DIX  
..... + 1200 + ..... Dhs.

Pour : ..... O.C.T .....

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Rés Dar My Driss 120 Bd My Driss 1er  
CASABLANCA  
Tel 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<sup>ème</sup> ét. 3<sup>ème</sup> ét. 3<sup>ème</sup> ét.  
الدار البيضاء  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: GSM : 06 01 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

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

موقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma

#### الفحص بالموعد :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3<sup>ème</sup> ét. 3<sup>ème</sup> ét. 3<sup>ème</sup> ét.  
الدار البيضاء  
Cacablanca

موقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma