

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.

Biologie 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

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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 051975

56283

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00305 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN

Date de naissance : 23/09/1938

Adresse : 12 IMPASSE DAIET HACHLA F - CASABLANCA

Tél. : 0672406307 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Taha RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er
CASABLANCA

Date de consultation : 19/01/2021

Nom et prénom du malade : CHAIEB LAHSEN Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amblytie

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) : / /

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 2021	consultation d'oeil		400	Driss DRISS - Oculiste et Ophtalmologue Dar My Driss 120 Bd. My. Driss 1e Casablanca - 052 27 15 00 - 052 27 15 00 - 052 27 15 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MR SKAKAT Omer 27, Rue de l'Atlas - Casablanca - Tél. 0527794151 Cachet pharmacien	28/11/16	395,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>S. L. L. Labor Radi Oncophtalmolog et Pédiatrique</i>	<u>19</u> <u>01</u> <u>2021</u>	<u>00</u> <u>00</u>	<u>1200\$</u>

AUXILIAIRES MEDICAUX

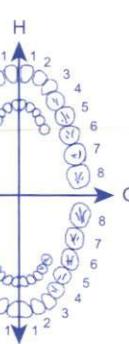
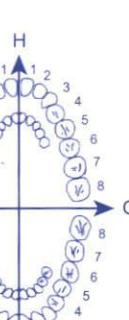
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 بالدار البيضاء

19 janvier 2021

Mr. CHAIEB Lahsen

127.00

THEALOSE COLLYRE



VR2762C100A020919



3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc:
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 14,00 DA

29.00

VITAPOS



1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 3-6 Mois

130.00

HYFRESH COLLYRE



1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3-6 mois

356.00

CE 001082118000087
Casablanca - Tel: 0522941514
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
MR SERKAT Omer
PHARMACIE BAB ESSALAM

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 30 1

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. - شارع مولاي إدريس 120، طابق 3، رésidence دار مولاي إدريس، الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

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

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraais.ma



[EXAM. RECORD] 01/19/21 09:05 AM

PATIENT CHAIEB LAHSEN
ID 09389
EYE EXAMINED OD

TONOMETER READING.. 20.0MM HG
TRUE IOP 18.1MM HG
MAP TYPE CENTER POINT MAP
BIAS 100%
CORNEAL VELOCITY .. 1636M/SEC
MEASURE MODE MULTI(5)

573

•

USER DR RAISS



[EXAM. RECORD] 01/19/21 09:06 AM

PATIENT CHAIEB LAHSEN
ID 09389
EYE EXAMINED OS

TONOMETER READING.. 24.0MM HG
TRUE IOP 22.0MM HG
MAP TYPE CENTER POINT MAP
BIAS 100%
CORNEAL VELOCITY .. 1636M/SEC
MEASURE MODE MULTI(5)

573

•

USER DR RAISS

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 و الصيدلة بالدار البيضاء

Le 19/01/2021

INPE 091033084

BON DE REGLEMENT

Reçu de
M Mme/Melle/ Enf ... CHAÎGER LA MSGAN

La Somme de : Quinze cent DHs
..... + 4.00 + Dhs.

Pour : un smtstis... e fort... d'œil

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My Driss 1er
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
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

الهاتف: 51 المحمول: 06 61 08 06 18

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الفحص بالموعد :

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

05 22 86 41 23 / 51

GSM : 06 19 28 36 31

موقع إلكتروني: www.prlailarais.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 ... 19.10.2021

INPE 091033084

BON DE REGLEMENT

Reçu de
Mr Mme/Melle/ Enf ... C.M.A.I.E.B ... L.A.M.S.G.N

La Somme de : Mille deux cent 04
..... + 1200+ Dhs.

Pour : O.C.I

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My Driss 1er
CASABLANCA
GSM : 06 19 28 36 21
Tél.: 05 22 86 41 23

Consultation sur rendez-vous :

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

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

اللحمول: GSM : 06 61 08 06 18

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الفحص بالموعد :

الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

Site web: www.prlailarais.ma

الموقع الإلكتروني:



mardi 19 janvier 2021

Mr. CHAIEB Lahsen

Compte rendu d'OCT

Oct Papille : oeil droit

Average thickness RNFL

Œil droit : 79 µm

Symétrie: 89 %

Ganglio cell : 89 µm

Oct Maculaire : Œil droit

Macula Thickness OD : 241 µm

Aspect foveolaire : normal quelques drusens maculaire

Pachy Od : 573 µm

Oct Papille : oeil gauche

Average thickness RNFL

Œil gauche: 75 µm

Symétrie: 89 %

Ganglio cell : 91 µm

Oct Maculaire : Oeil gauche

Macula Thickness OG : 239 µm

Aspect foveolaire : normal

Pachy Og : 573 µm

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

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

Site web: www.prlailaraiss.ma

الفحص بالموعد :
الموقع الإلكتروني: www.prlailaraiss.ma



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

TRANSMIS PAR WHATSAPP
A MUPRAS LE 19/01/21

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 19/01/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr RAIS

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. CHATES LATISTAN.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) F80 OCT

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Tous deux au cas
tenir dans la tête (Oct pour
ce pour une si j'en chavir)

Cachet, date et signature du praticien

Professeur Dr. RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Boulevard Dar El-Mouna 120, Bd. My. Driss 1er
CASABLANCA

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.