

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2492

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Loglach Hassam

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*professeur Lalla RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Mokhtar Doss 1er - Tel. : 05 22 00 00 13
INPE : 091633084*

Date de consultation : 13.01.2013

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

INJECTION INTRAVITREENNE D
TONE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

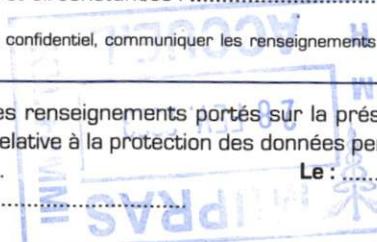
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Le :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la validité des Actes
ENTREE 23.02.93	K40		2500,00	Docteur Laâbi B.A.S Spécialiste en ORTHOPÉDIE Adulte et Pédiatrique Bd. M. Driss 1er 1000 43 Boulevard Rachidi Casablanca 05 22 29 48 21 03 71 66 38 131
SORTIE 23.02.93	FRAIS CLINIQUE	1500,00		
			TOTAL GENERAL 4000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/02/93	4000,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

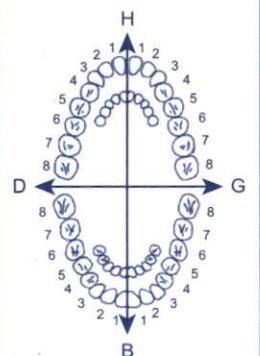
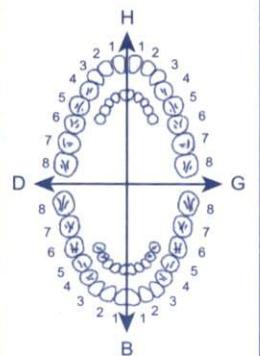
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																		
																						
																						
<h3>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</h3> <h4>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</h4> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				Coefficient des Travaux																		
				Montants des Soins																		
				Date du devis																		
				Date de l'exécution																		
				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 ليلي الرايس

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

Casablanca, le 23.02.23

Compte rendu injection d'IVT

De M. NAJIB ZATHRA

Date 23.02.23

œil : DT

Betadine

Blepharostat

IVT à 4 mm du limbe à 6h

Avastin 0.1 cc

Sterdex

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique

120, Bd. M. Driss 1er

Rés. Dar M. 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
Casablanca

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

المحمو: GSM : 06 61 08 06 18

05 22 86 41 23 / 51

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma

الفحص بالموعد :
الدار البيضاء

Casablanca, le 23/02/2023

Prière d'hospitaliser

Mr. Mme. Enf. Nadjib Bép laq lach zohra

Le 23/02/2023 à 12h00 heures à jeûn

Diagnostic INV OD

Prise en charge PAYANTE

Mutuelle Assurance

Nombre de jours d'hospitalisation Prévus

Préparation à l'entrée

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Mly. Driss 1er,
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca
Tél: 0522 36 36 36 36 36 31
 Médecin traitant

43, Boulevard Rachidi-Casablanca

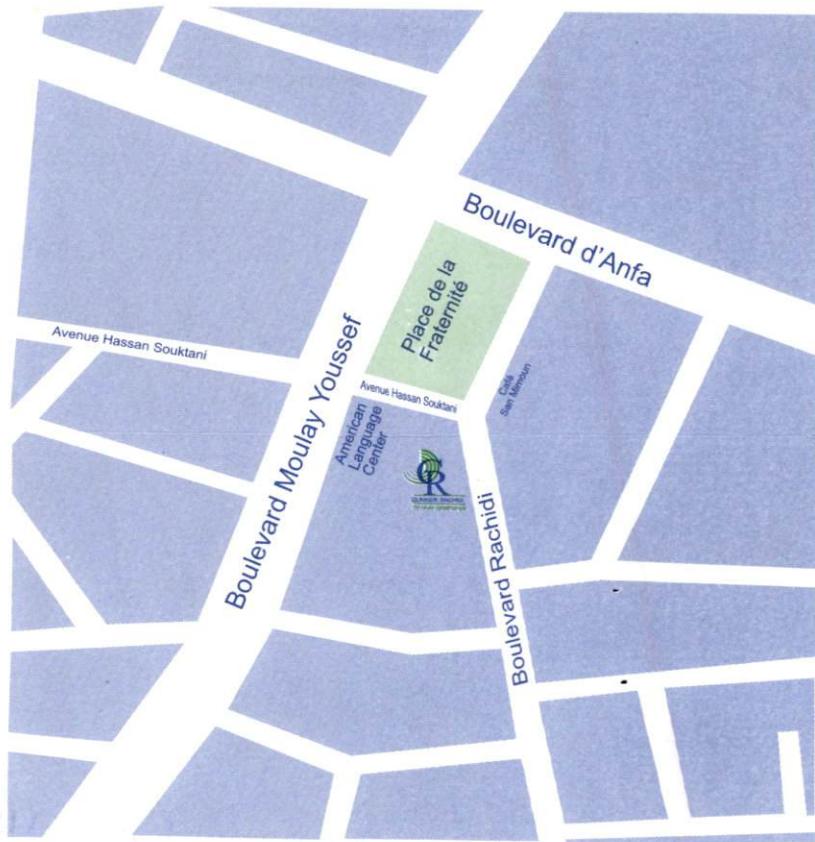
Tél: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43 - 05 22 29 48 36/37
Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

شارع الراشدي - الدار البيضاء

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



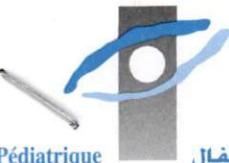
43, Boulevard Rachidi-Casablanca

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
الfax: 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 وعيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدارالسليمان

Casablanca, le 23-02-23.

M. N A J I B Z O H R A

76.20

A circular blue ink stamp with the letters "S.V." in the center, with a small checkmark or "V" at the bottom right.

AZYTER

1 goutte 2 fois par jour traitement pour l'œil 18F pendant 3 jours

ab :
EXP :

270A7

03/2022

09/2023

Azyter 15 mg/g
Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Mly. Drissiher,
Rés. Dar Mly. 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
Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{eme} ét. - طابق 3
الدار البيضاء
Casablanca

Tél : 05 22 86 41 23 / 51

الحملول: GSM : 06 61 08 06 18

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

الموقع الالكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma



CLINIQUE RACHIDI
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE- NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE

LASER C O2 - ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE

IMPLANTATION COCHLEAIRE

DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

N°: 149822 / 2023 du 23/02/2023

جراحة أمراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري
جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
جراحة الوجه و العنق
جراحة أمراض العيون
الباحث الطبي و الجراحي

090003716

مصحة الراشدي

جهاز الليزر

جهاز السكانيري الجسماني اكلي

زرع قوقعة الأذن

التشخيص و التحليلات

090003716

مصحة الراشدي

جهاز الليزر

جهاز السكانيري الجسماني اكلي

زرع قوقعة الأذن

التشخيص و التحليلات

F A C T U R E

Casablanca, le: الدار البيضاء في

Nom patient NAJIB ZOHRA

Entrée 23/02/2023

PAYANT

Sortie 23/02/2023

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
<i>Sous-Total</i>				1 200.00

PHARMACIE	1.00		300.00	300.00
<i>Sous-Total</i>				300.00
Total Clinique				1 500.00

PR. RAIS LAILA (ophtalmo)	1.00	K40	2 500.00	2 500.00
<i>Sous-Total</i>				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 23/02/2023 Montant	4000.00

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



CLINIQUE RACHIDI

43, Boulevard Rachidi Casablanca

Tél : 05 22 28 48 38 / 37

INPE: 090003716

شارع الراشدي - الدار البيضاء 43

ص.و.ض.ج : 1037680 رقم التعريف : 01020458 س.ت : 74087 البتanta: 35504150

الهاتف 37 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/ 37

الفاكس : 05 22 22 03 57 - E-mail: www.cliniquerachidi.com - 05 22 22 03 57

ANNEXE PHARMACIE**PAYANT**

Nom patient : NAJIB ZOHRA	N° Facture 149 822	149822	
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 1CC INSULINE RR (100)	1	1.10	1.10
SERINGUE 5CC RR (100)	2	1.30	2.60
Total pharmacie		300.00	

CLINIQUE RACHIDI
43, Boulevard Rachidi Casablanca
Tel.: 05 22 29 18 38 / 37
INPE : 090003716

Casablanca, le: الدار البيضاء في

**Pr. RAIS LAILA
OPHTALMO**

NOTE D'HONORAIRES

Date : **23/02/2023**

Patient : **NAJIB ZOHRA**

Honoraires : **2 500.00**
(DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS)

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
120, Bd. My. Driss 1er - Tel: 05 22 29 48 36 / 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96
INPE : 097033084

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 Patente: 35504150
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



www.cliniquerachidi.com

43 شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.ب.ض.ج: 1037680 رقم التعريف: 01020458 س.ت: 74087 البتانة: 35504150
الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96
الفاكس: 05 22 22 03 57
www.cliniquerachidi.com - 05 22 22 03 57



NEUROCHIRURGIE- NEUROLOGIE

ENTOLARYNGOLOGIE ET

OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

OFACIALE

OPHTALMOLOGIE

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE

LASER C 02 - ARGON-YAG

SCANNER SPIRALE

IMPLANTATION COCHLEAIRE

BILLET DE SORTIE

DIAGNOSTIQUE ET DE TRAITEMENT

43 bd RACHIDI

Tel: 05 22 29 48 36 / 05 22 27 61 41
Casablanca

htalmologie

جراحة أمراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري

جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة

جراحة الوجه و العنق

جراحة أمراض العيون

الإياعش الطبي و الجراحي

جهاز الإيزر

جهاز السكانير الجسماني اكلي

زرع فوهة الأذن

التشخيص و التحاليلات



مصحة الراشدي

الدار البيضاء في

Casablanca, le

Nom du patient : **NAJIB ZOHRA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **RAIS LAILA**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **23/02/2023**

Date sortie **23/02/2023 13:53**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par: HAFID

23/02/2023 15:07

149822

CLINIQUE RACHIDI
43 Boulevard Rachidi Casablanca
Tél.: 05 22 29 48 36 / 05 22 27 61 41
INPE / 090003176

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 Patente: 35504150

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



www.cliniquerachidi.com

43 شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.ب.ض.ج: 1037680 رقم التعريف : 01020458 س.ت : 74087 البتانة: 35504150

الهاتف : 05 22 29 48 36/ 37- 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96

الفاكس : 05 22 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com - 05 22 22 03 57