

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-450152

12808

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10735 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Jambou Amin  
 Date de naissance : 14/11/75  
 Adresse : 23 Zouag 2 Royal Air Maroc - Casablanca  
 Tél. : 060627272 Total des frais engagés : 25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : B. J. (Kon) MADI L. MARI  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée  
 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 : Casablanca Le : 16 DEC 2019

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/10/19        | CS + 15           | 1                     | 500                             |  |
| 24/11/19        | an                | 1                     | CC                              |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 18.10.19 | 83,00                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Fournisseur | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    | 27/11/19       |        |    |    |    | 1450                            |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

Monture optique  
+  
2 verres

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|--|---|---|---|---|----------|----------|---|---|----------|----------|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|---|--|-------------------------|--|---|--|
|  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  | TRAVAUX                 |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  | MONTANTS DES SOINS      |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  | DEBUT D'EXECUTION       |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  | FIN D'EXECUTION         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  | MONTANTS DES SOINS      |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  | DATE DU DEVIS           |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  | DATE DE L'EXECUTION     |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
| <b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>              |   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |   | H | 25533412 | 21433552 | G | D | 00000000 | 00000000 | G |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |                         |  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |
| H  | 25533412  | 21433552  | G |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
| D  | 00000000  | 00000000  | G |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  | 00000000  | 00000000  |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
|  | 35533411  | 11433553  |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
| B  |   |   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |   | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |   |   |          |          |   |   |          |          |   |  |          |          |  |  |          |          |  |   |  |                         |  |   |  |



# Lunette à l'oeil



Angle Boulevard Bourgogne et  
Avenue du Docteur Sijilmassi  
(Ex. Avenue du Phare)  
GSM: 06 64 86 51 20  
Tél.: 05 22 47 12 15

Casablanca, le 27/11/2018

Client : Enfant Benjellam Hadil Maria

Facture N° 000964

| Désignation             | Quantité | P.U. T.T.C | Total T.T.C |
|-------------------------|----------|------------|-------------|
| Monture Optique         | 1        | 1100       | 1100        |
| Verres organiques Blanc | 2        | 175        | 350         |
| OD: (8° - 0.50) + 0.75  |          |            |             |
| OG: + 0.25              |          |            |             |
|                         |          |            |             |
|                         |          |            |             |
|                         |          |            |             |
|                         |          |            |             |
|                         |          |            |             |
|                         |          |            |             |
|                         |          |            |             |

Montant Total  
T.T.C

14500dh

ICE: 001409421000031

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille quatre cent  
cinquante dirhams

**LUNETTE A L'OEIL**  
Opticien Optométriste  
Angle boulevard Bourgogne  
et Avenue du Docteur Sijilmassi  
EX. Avenue du Phare - Casablanca  
Tél: 0522 47 12 15 - Gsm: 0664 86 51 20

**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 و عيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca, le vendredi 18 octobre 2019

Enfant BENJELLOUN Hadil Maria

83,00 - PHYLARM 10ml (Solut° isotonique  
de NaCl)

1 toilette oculaire, à la demande,

TRAITEMENT POUR LES DEUX YEUX

83,00

LA PHARMACIE PERSONNELLE  
Dr. S. BENJELLOUN  
104, 104, Lot. 104 N° 4  
Tél: 05 22 51 47 07

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 :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3 - 120 شارع مولاي إدريس الأول - طبق 3 إقامة دار مولاي إدريس, 120 شارع مولاي إدريس الأول - طبق 3  
Cacablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

05 22 86 41 23 / 51 : الهاتف

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

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraism.ma

## الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

UNE PAIRE DE LUNETTES :

DE LOIN Organiques INCASSABLES

Verres sans antireflets ni filtre bleu +++  
Cadre adapté avec Pont bas situé

Oeil Droit :  $(8^\circ - 0,50) + 0,75$

Oeil Gauche : + 0,25

**LUNETTE A L'OEIL**  
Opticienne-Optométriste  
Angle boulevard Bourgone  
et Docteur Sijlma  
EX. Avenue of Phar-Casablanca  
Tel: 0522 47 12 15 - Gsm: 0664 86 51 20

**Professeur Laila RAIS**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er  
CASABLANCA  
Tél.: 05 22 26 41 23/51 - GSM : 06 19 28 36 31

*Consultation sur rendez-vous :*

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3 إقامه دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طبق 3  
Cacablanca الدار البيضاء

**Tél.: 05 22 86 41 23 / 51**

المحمول : 06 61 08 06 18 GSM : Urgences:

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

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

الموقع الإلكتروني: [www.prlailarais.ma](http://www.prlailarais.ma)



**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 و عيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Le ..... ١٢/١٠/١٩ .....

INPE 091033084

BON DE REGLEMENT

Reçu de .....  
Mr/Mme/Melle. **BENJAMIN HANDEL MARIT**

La Somme de : ..... **Cent 50** ..... Dhs.

Pour : ..... **Consultation** .....

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3 - شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 إقامة دار مولاي إدريس, 120 شارع مولاي إدريس, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3  
Cacablanca الدار البيضاء

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 / lailaraism@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma Site web: