

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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.

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° P19- 045650

ND: 33563

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9065 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JELLOUL Mahamed

Date de naissance : 22-09-1965

Adresse : N° 46 Rue des Sabins ORSI

WASA

Tél : 0661064692 Total des frais engagés : 3183,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. 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

Date de consultation : 29/06/2020

Nom et prénom du malade : JELLOUL MALIN Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : 29/06/2020

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
29/06/2020	Spécialité		500	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FRANCE VILLE HABACH Kamal 406, Bd. Châli, Casablanca Tél: 05 22 23 04 21	29/06/2020	83,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

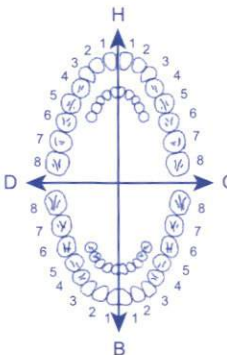
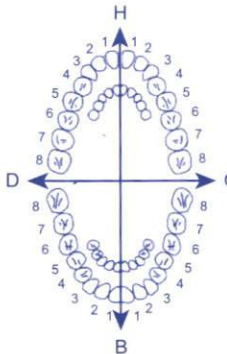
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/06/2020					2600,-

# RELEVÉ 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 d

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																		
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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**



**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

29 juin 2020

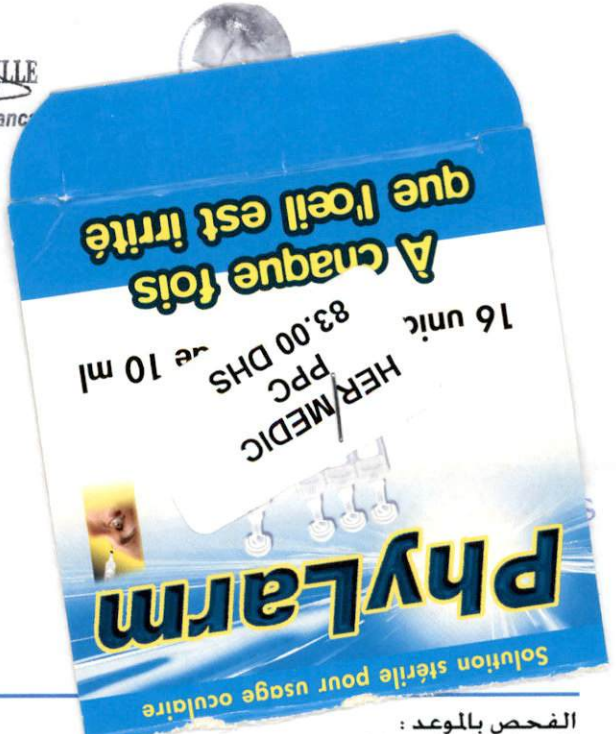
8300

**Mr. JELLOUL Walid**

**PHYLARM**

1 toilette oculaire, à la demande, dans les deux yeux,

PHARMACIE FRANCE VILLE  
HABACH Karim  
406 Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 05 22 23 04 21



Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

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

الفحص بالموعد :

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

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

الموقع الإلكتروني: www.prlailaraism.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 29/06/2020

INPE 091033084

BON DE REGLEMENT

Recu de.....

Mr/Mme/Melle. J. ELLOUL M. ALI B.

La Somme de : ..... cinq cent Dhs .....  
..... + 500 ..... Dhs.

Pour : ..... consultation et d'op .....  
.....

**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 - 3<sup>ème</sup> ét. 3  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

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

الموقع الإلكتروني: www.prlailaraism.ma

الفحص بالموعد :

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

الدار البيضاء

# AL HORRIA OP

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



## بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

N° 004184

Docteur : Laila Rais

Mr. : JELLOU - Walid

Nomenclature :

409 - 409

Montures :

VL

VP

optique: 600

Type de verres :

1.59 Am. min.

\* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 48 Cyl : -3.75 Sph : +5.75 1000

OG : Axe : 132 Cyl : -2.75 Sph : +5.75 1000

\* VISION DE PRES :

OD : Axe : - Cyl : - Sph : -

OG : Axe : - Cyl : - Sph : -

Add : -

= 2600

Total : deux mille six cent 00

Date : 10 / 07 / 2020

**Professeur Laila RAIS**

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



**الأستاذة ليلى الرايس**

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

29 juin 2020

**Mr. JELLOUL Walid**

Monture pour enfant + verres correcteurs  
Verres sans antireflets ni filtre bleu ++++  
Cadre adapté avec Pont bas situé

OD = + 5.75 (- 3.25 à 28°)

OG = + 5.00 (- 2.25 à 132°)



**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 10 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

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

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 06 10 28 36 31 - Urgences: GSM: 06 10 28 36 31

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

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

الموقع الإلكتروني: www.prlailaraism.ma