

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0058424

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique 15.7704 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MYAMI

MUSTAFA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 5 Rue Kadi IASS Apt. N° 11

CASA

Tél : 0670 642860

Total des frais engagés

5324 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 / 04 / 2023

Nom et prénom du malade : Jawhari Jamila

Age : 62

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD

☐ ALC

Pathologie

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
11/04/23	G. Retina	600.00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.4.23	324,60
	14/04/23	4400DH
	NP. 095012357	

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	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Trois Cent Vingt Quatre Dirhams et 60 centimes.**

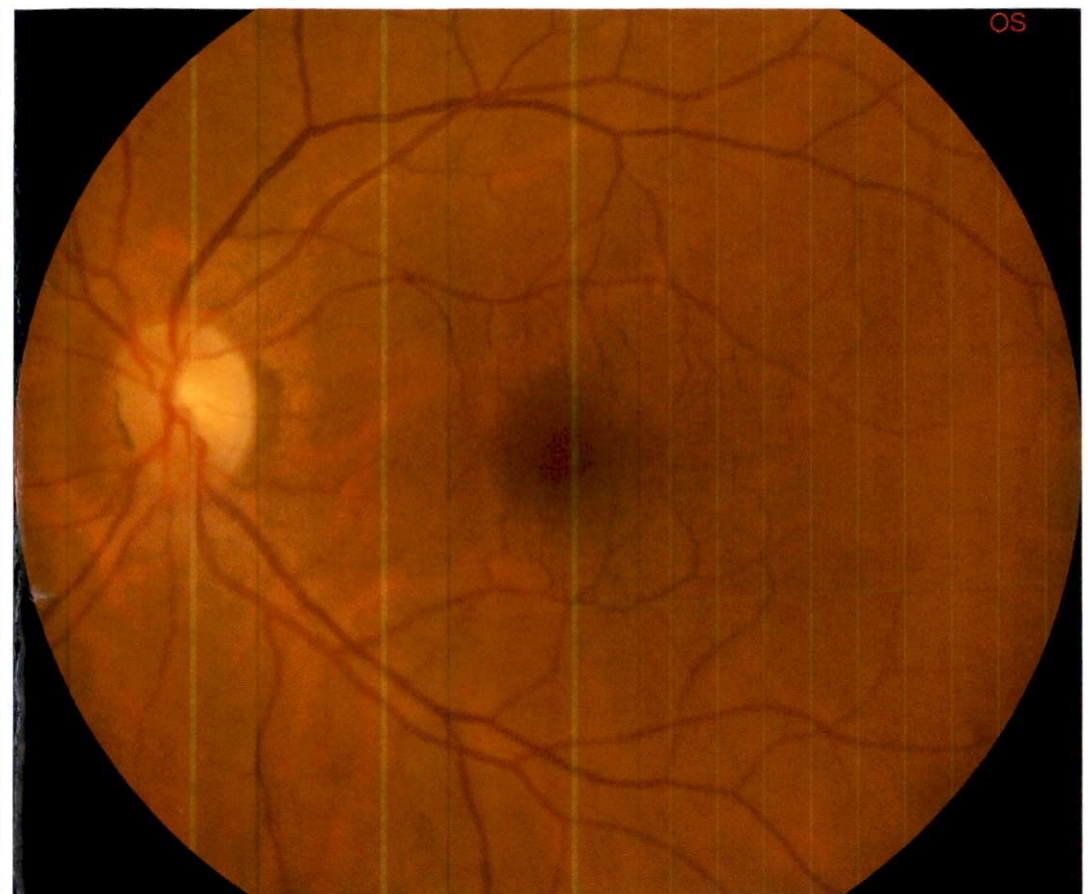


jawhari, jamila - OD

Date de naissance: 12/10/1961

Code d'identification: P1834264162

Date d'acquisition: 11/04/2023 11:01:46 [#1-1]



jawhari, jamila - OS

Date de naissance: 12/10/1961

Code d'identification: P1834264162

Date d'acquisition: 11/04/2023 11:01:29 [#1-1]



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Pharcoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

11 avril 2023

Mme JAWHARI Jamila

5410α6

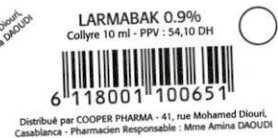
LARMABAK 0.9%, 10ml

1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

324.60



PHARMACIE DE LA MUSQUÉE
DR NABIL
Docteur en Pharmacie
16, Rue de l'Atlas - Maarif Casablanca
Tél: 05.22.98.42.73





CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Pharcoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

11 avril 2023

Mme JAWHARI Jamila

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = + 1.00 (- 0.50 à 70°)

OG = + 1.25 (- 0.75 à 110°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

[Signature]
LASER
CLINIQUE
30 RUE KADI IASS
MARRAKECH
TEL: 05 22 98 44 26

[Signature]
Dr. Abderrahmane RAISS
15, Rue Kadi Iass
Marrakech - Casablanca
Tél: 05 22 98 44 26
Fax: 05 22 98 44 26
Spécialiste en Ophtalmologie



Laser
Optique
Clin d'Oeil

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

Facture N° 0097

Mr (me)(lle) : Yousfi Jamila

Sur Ordonnance du Dr : saïd

Casablanca le : 14/04/2023

Quantité	Description	Prix HT
<u>1</u>	Monture <u>Monture</u>	<u>800DH</u>
	Verre Torique Spherique <u>progressif</u>	
	Orga - Mineral <u>anti-reflets</u>	<u>3600DH</u>
	N° Nom	
	Monture	
	Verre Torique Spherique	
	Orga - Mineral	
	N° Nom	
Arrêtée la présente facture à la somme de: <u>Quatre Mille quatre cent dh</u>		Total HT <u>4400DH</u>
		T.V.A 20% <u> </u>
		Total TTC <u> </u>

30, Rue Assâad Ibnou Zarara Casablanca - Tel : 0522 25 17 65 / 0684 81 57 89

Email : soumiabiclin@gmail.com

IC : 55785 - TVA : 705123 - Patente : 35701932 - ICE : 002264846000 - CNSS : 2230211



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte par Pharcoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,
Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة



Casablanca, le

11/04/23

Dr. MIYARA RAISS

Compte rendu
Retino photographies des FO.

Oeil droit : pupille + macula
normale

vaisseaux rétiniens clairs

Oeil gauche : pupille + macula
normale

vaisseaux rétiniens clairs





CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte par Pharcoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,

Presbytie, Glaucome, Strabisme

الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج الجلوكوما أو الزرق

Reçu de caisse N° : 281474976746024

Casablanca, le

chaimaa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
AT99000003818 1	JAWHARI Jamila	11/04/2023

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	cs+retino	600,00
Reçu établi par :	Total payé	600,00



15, Rue Kadi Iass - Mâarif - 20100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 44 66 / 26 - Fax : 05 22 99 01 84

E-mail : drraiss@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com

Prise rendez-vous par E-mail : contact@ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602596000056