

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0023787

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6744 Société : 179880  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RIFFI Amal  
 Date de naissance : 1.1.65  
 Adresse : 4 Rue TAOUNATE  
 Tél : 0661 391716 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : JAOUNER Jamal Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : cataracte  
 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 : Marrakech Le : 19/10/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### 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

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
18/10/2023	G	G		

Pr. BENHARBIT Mohammed  
Ophtalmologiste  
INPE : 101107829  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

18/10/2023 58,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/10/2023		

Pr. BENHARBIT Mohammed  
Ophtalmologiste  
INPE : 101107829  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

Pr. BENHARBIT Mohammed  
Ophtalmologiste  
INPE : 101107829  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Patient daoumer jamal

Né(e) le 01/01/1959  
ID patient 2325107114

Sexe Masculin

Hopital Cheikh Zaid  
consultation ophtalmologie

Médecin Surgeon

Opérateur Administrator

Date vérif. calibrage : 18/10/2023  
Date de la mesure : 18/10/2023

Par : Administrator  
n: 1,3375

Résultat : OK  
CVD: 12,00 mm

Respectez les consignes indiquées à la dernière page.

OD droite		Calcul IOL		OS gauche	
État de l'oeil					
LS: Phaque Réf: --- LVC: Non traité Réf. cible: Plan		VS: Corps vitré VA: --- Mode LVC: - SIA: +0,00 D @ 0°		LS: Phaque Réf: --- LVC: Non traité Réf. cible: Plan	
				VS: Corps vitré VA: --- Mode LVC: - SIA: +0,00 D @ 0°	
Valeurs biométriques					
AL: 28,85 mm (!) ACD: 3,60 mm (!) LT: 3,55 mm (!) WTW: 12,1 mm SE: 42,90 D (!) SD: 0,07 D ΔK: -1,24 D @ 121° TSE: --- ΔTK: ---		SD: 24 μm SD: 24 μm SD: 63 μm K1: 42,29 D @ 121° K2: 43,53 D @ 31° TK1: --- TK2: ---		AL: 28,89 mm (!) ACD: 3,58 mm LT: 3,89 mm (!) WTW: 12,1 mm SE: 43,48 D (!) SD: 0,01 D ΔK: -1,48 D @ 32° TSE: --- ΔTK: ---	
				SD: 28 μm SD: 10 μm SD: 65 μm K1: 42,75 D @ 32° K2: 44,24 D @ 122° TK1: --- TK2: ---	
K Alcon Panoptix TFNT00 - SRK®/T - Const.A: 119,10 IOL (D) Réf (D) T00 +7,50 -0,67 T00 +7,00 -0,36 T00 <b>+6,50 -0,05</b> T00 +6,00 +0,26 --- --- +6,42 Emmétropie		K Biotech Vision Eyecryl Plus H SAS600 - SRK®/T - Const.A: 118,30 IOL (D) Réf (D) +7,00 -0,55 +6,50 -0,22 +6,00 <b>+0,10</b> +5,50 +0,42 +5,00 +0,73 +6,15 Emmétropie		K Alcon Panoptix TFNT00 - SRK®/T - Const.A: 119,10 IOL (D) Réf (D) T00 +6,50 -0,61 T00 +6,00 -0,31 --- --- --- --- +5,49 Emmétropie	
				K Biotech Vision Eyecryl Plus H SAS600 - SRK®/T - Const.A: 118,30 IOL (D) Réf (D) +6,50 -0,79 +6,00 -0,47 +5,50 <b>-0,15</b> +5,00 +0,16 --- --- +5,26 Emmétropie	
K Ophtec Artisan 205 aph.retro pup. - SRK®/T - Const.A: 116,90 IOL (D) Réf (D) +6,50 -0,54 +6,00 -0,19 +5,50 <b>+0,16</b> +5,00 +0,50 +4,50 +0,83 +5,73 Emmétropie		K Bausch&Lomb Akreos Adapt - SRK®/T - Const.A: 118,40 IOL (D) Réf (D) +7,00 -0,52 +6,50 -0,20 +6,00 <b>+0,12</b> +5,50 +0,43 +5,00 +0,75 +6,19 Emmétropie		K Ophtec Artisan 205 aph.retro pup. - SRK®/T - Const.A: 116,90 IOL (D) Réf (D) +6,00 -0,76 +5,50 -0,41 +5,00 <b>-0,07</b> +4,50 +0,26 +4,00 +0,59 +4,89 Emmétropie	
				K Bausch&Lomb Akreos Adapt - SRK®/T - Const.A: 118,40 IOL (D) Réf (D) +6,50 -0,77 +6,00 -0,45 +5,50 <b>-0,13</b> +5,00 +0,18 +4,50 +0,49 +5,29 Emmétropie	

(!) valeur douteuse

(\*) valeur a été editée manuellement

--- aucune valeur mesurée

Commentaire

Signature

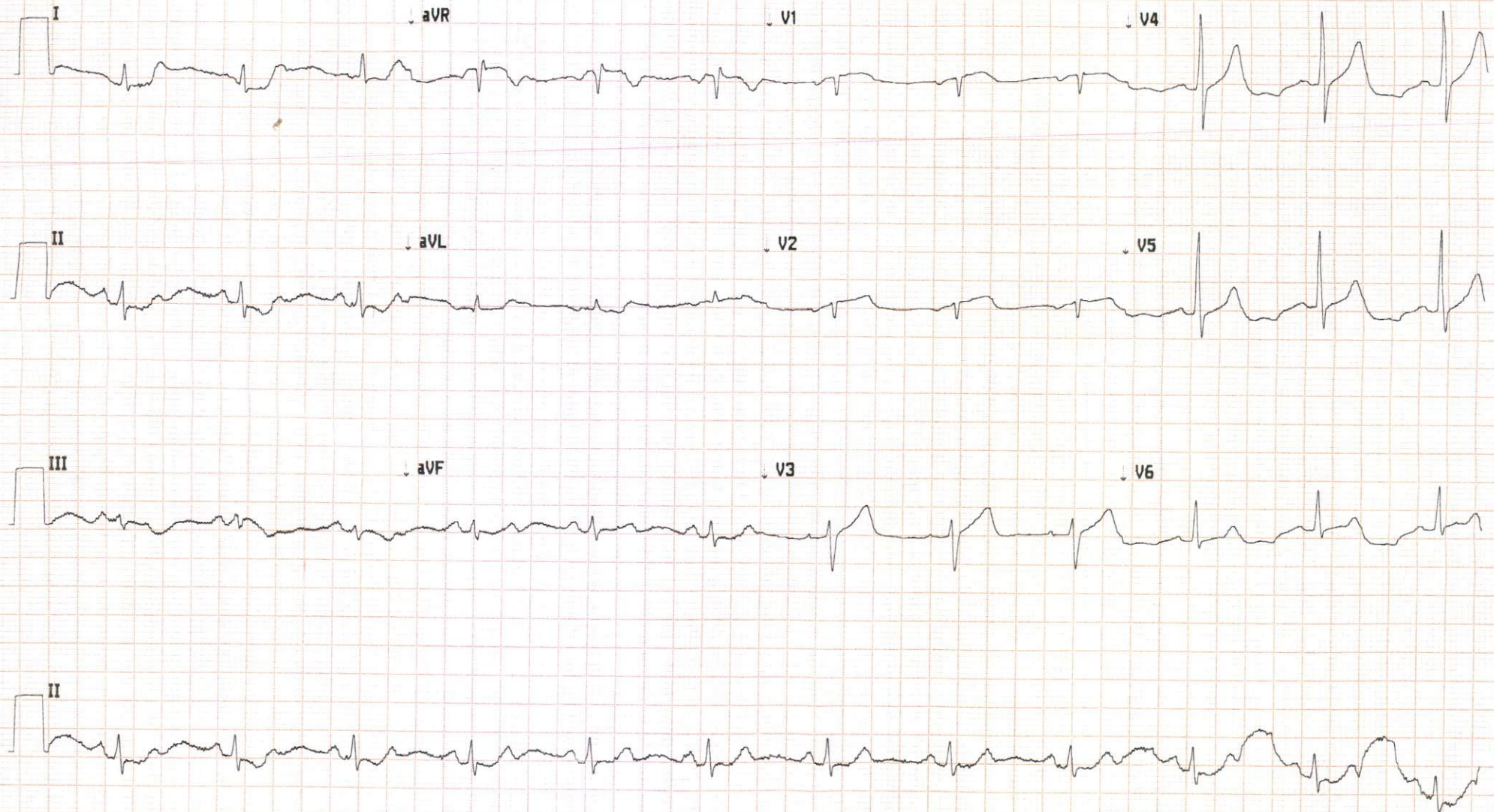




ID:  
D-naiss:  
ans,

17-Oct-2023 11:49:46

Fréq. Card.: 71 BPM  
Int PR: 128 ms  
Dur. QRS: 85 ms  
QT/QTc: 365/388 ms  
Axes P-R-T: 75 17 16





CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
CHEIKH ZAÏD

18 OCT. 2023



Fondation Cheikh Zaid Ibn Soltan  
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

Mr DAOUER Jamal

- Biométrie  
- ECG

Mr. BENHARBIT Mohammed  
Ophtalmologiste  
INPE : 101107829  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat  
\*\*\*

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

**Consultation le : 18/10/23** **Quittance N°**

2 918 031

**IPP : 1 578 034 N° de dossier : A234148251**

**DI : 3 332 699**

**Patient : DAOUMER JAMAL**

**Montant : 330,00 Dh (trois cent trente et xx / 100)**

**Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 1382**

**Date d'encaissement : 18/10/2023**

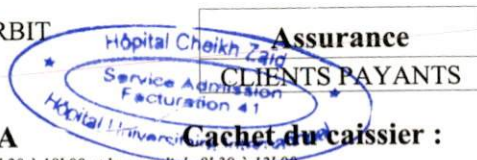
**Description : RX ECG +BIO**

**Medecin : E01039 MOHAMMED BENHARBIT**

**Motif : HOPITAL DE JOUR**

**Paiement effectué à la CAISSE OPHTA**

*Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.*



**Cachet du caissier :**

**N° 2218423**



Mr Dhaou er Jamal

58,00

Indocollure

(S.V)

1 gtt x 3 / j A partir du 6/11/23

2 LOG

58,00



**r. BENHARBIT Mohammed**  
Ophtalmologiste  
INPE : 101107829  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat