

# 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.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	34914	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 29724
Nom & Prénom :		SOUAD ABDELLAH DAHLIZ	
Date de naissance :		25/10/91/53	
Adresse :		1 Rue Bouizarkane DAHLIZ	
Tél. :		0661338808 Total des frais engagés : ..... Dhs	

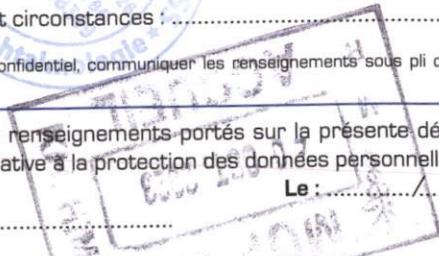
### Cadre réservé au Médecin

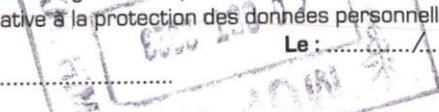
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	27/09/2023		
Nom et prénom du malade :	ABDELLAH SOUAD Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Faisceau		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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.

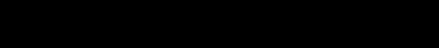
Fait à : ..... Le : .....

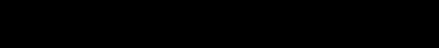
Signature de l'adhérent(e) :

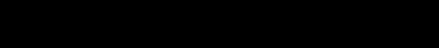


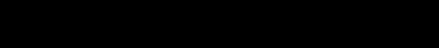


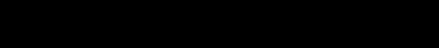


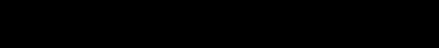


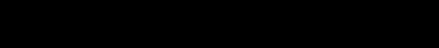


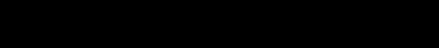


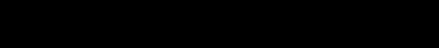




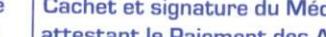








#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/09/2023	C	500 DHS	+ Taxe	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAJMA Nazia ZENNAMA Avenue du Champs Résidence Taghazout Casablanca Tel.: 05 22 20 28 67 PH. MACELAHJA 27/9/23	27/9/23	476,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
M-A D Opticien Optométriste Rue l'Équibalte Casa Télé : 0650326333	10-2023				2700,00 DMS

## 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 <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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533414</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		H	25533414	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533414	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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"/>												



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

فوسيدين® ٥٪  
كريم أنيوب من 15 غ

39,79

**Dr. Abderrahmane RAISS**

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

27 septembre 2023

Mme ABDERRAZAK Souad

الدكتور الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه

علاج قصر النظر

E10146B00

Sophtal® 0,1%

COLLYRE  
acide salicylique  
Flacon de 10 ml

18,50

BLEPHAGEL (propylène glycol borate de sodium)

1 APPLICATION matin et soir

FRAKIDEX pde

1 application x2/j pdt 10 j

SOPHTAL

1 goutte 3x par jour

ALLERGOCOMOD

1 goutte x2/j aux 2 yeux pdt 1 mois

CILOXAN collyre (ciprofloxacine) 0,3%

1 goutte x3/j aux 2 yeux pdt 7 à 10 j, dans l'œil droit

FUCIDINE pde

1 application x2/j

476,80

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nezha Abderrahmane  
Avenue du 20 Mars  
Casablanca - Tél: 05 22 20 28 67





un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° : № 000271

Casablanca, le ....07....10....2023.....

Mme / Mr : .....ABDERRAZAK Soud

Dr :

VL

VP - Add

OD : +1.50 (-0.75 x 180°) OD : +2.75

OG : +1.20 (-0.75 x 130°) OG : +2.75

Monture

Verres

.....  
..... 2.00.00.DH

.....  
..... 2.50.0.0.00.DH

Total à payer : ..... 2.700,00 ..... DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : ..... deux mille  
..... sept cent dix-huit

**M-A-D Optic**  
Opticien ~~Ophtalmiste~~  
63 Rue Rguibat Casa  
INPE : 065032633

Cachet et signature

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgogne Casablanca - Tél: 05 22 29 55 36

Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123

ICE: 00264259000069



# 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 الرئيس عبد الرحيم

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

27 septembre 2023

## Mme ABDERRAZAK Souad

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = + 1.50 (- 0.75 à 180°)

OG = + 1.00 (- 0.75 à 130°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue Ighubate Casa  
INPE : 065032633

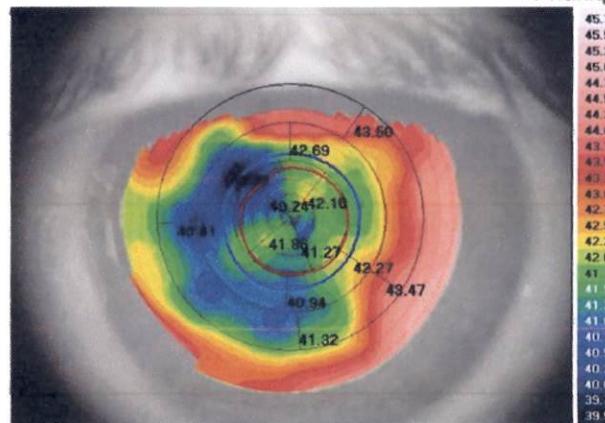
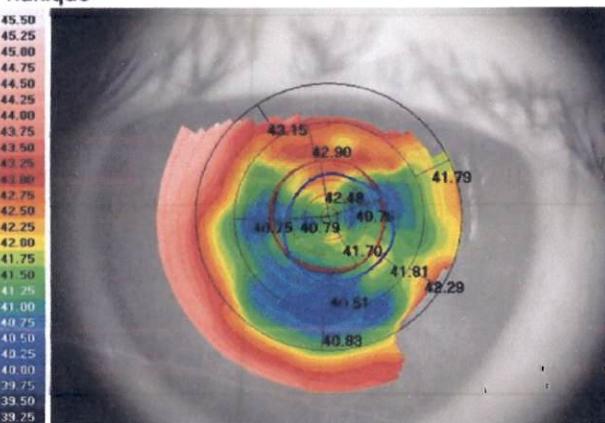


Patient : ABDERAZAK SOUAD  
 Patient ID : AS  
 Date de Naissance: 25/09/1953  
 (jj/mm/aaaa)

Chirurgien : RAISS ABDELLAHMANE  
 Date Examen : 27/09/2023 - 10:46  
 (jj/mm/aaaa)

**OD**

Phakique



D

Carte Normalisée

Carte Normalisée

D

**Synthèse des mesures**

AL	23.88mm	K1	40.93D	15°		AL	23.95mm	K1	40.91D	137°
ACD	3.07mm	K2	42.08D	105°		ACD	3.10mm	K2	41.89D	47°
LT	4.64mm	CCT	0.557mm			LT	4.65mm	CCT	0.558mm	
WTW	11.57mm	Dec	(-0.37, -0.28)			WTW	11.53mm	Dec	(0.42, -0.27)	

**Index Kérato-réfractifs**

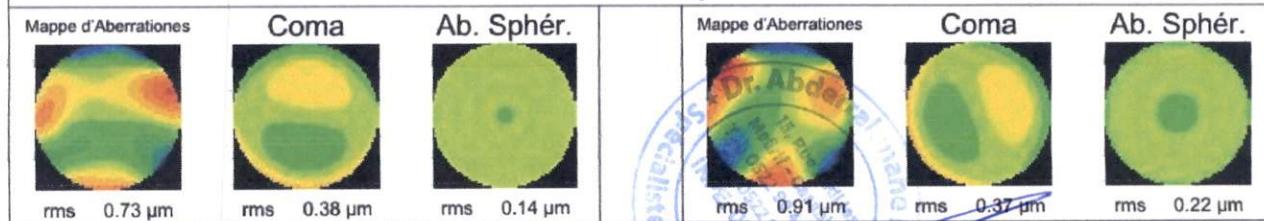
CYL 3 mm	1.19 D	Ax: 104°		CYL 3 mm	1.05 D	Ax: 49°	
CYL 5 mm	1.01 D	Ax: 103°		CYL 5 mm	0.78 D	Ax: 74°	
SD	SAI	e	Kc	SD	SAI	e	
1.12 D	0.54 D	-0.35	41.32	1.24 D	0.63 D	-0.56	41.31

**Criblage du kératocône**

AK	AGC	SI	p		AK	AGC	SI	p
51.57 D	1.47 D/mm	-2.25 D	0%		50.93 D	1.25 D/mm	-1.43 D	0%

**Pupille**

Photo:	Diamètre	2.95 mm	Dec	(-0.03, 0.03)mm		Photo:	Diamètre	2.81 mm	Dec	(0.10, -0.12)mm
Meso:	Diamètre	2.84 mm	Dec	(0.23, -0.31)mm		Meso:	Diamètre	3.58 mm	Dec	(0.02, -0.12)mm

**Zernike Analysis 5 mm**




# 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 الرئيس عبد الرحمن

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

Casablanca, le .....

27/09/2023.

RECU

~~Enf~~ : abderazak souad

La somme de : ...500.....DHS .....

En paiement de note d'honoraires : CONSULTATION +toographie

MEDECIN



15, Rue Kadi Iass - Maârif - 20100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 44 66 / 26

Email : drraiiss@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com  
Prise Rendez-vous par Email : contact@ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602596000056



**PHARMACIE LAHJAJMA**  
RESIDENCE TAGHAZOUT AV DU PHARE BOURGOIGN

R.C :210940

T.V.A :40507890

Patente:35603144

C.N.S.S:2029602

Tél :0522293564

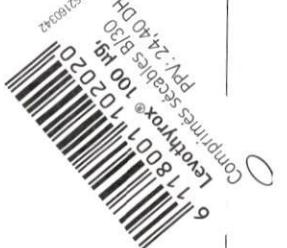
Le 27/09/2023

**FACTURE N°862170**

N° ICE : 001632880000001

N° IF :

**MME ABDERRAZIK SOUAD****ICE N° :**

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
5	LEVOTHYROX CO 100MG 30U	24,40	122,00	7,98	7,00
     <b>PHARMACIE LAHJAJMA</b> <i>Nef 10, Résidence Taghazout Avenue Hassan II, Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67</i>					
<b>TOTAL T.T.C :</b>					<b>122,00</b>

Nbr Articles	TVA 7% Base :	122,00	Montant : 7,98	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	----------------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cent Vingt Deux Dirhams.



10/10/23

11:31:33

9900691669

96916602

CENTRE D OPHTALMOLOGIE D  
Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

ABDERRAZAK SOUAD

xxxxxxxxxxxxx0212

07/24 CARTE NATIONALE

FF203ECB8D368A40

221-0-9999-1-44

MONTANT : 250,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION : 745269

STAN : 001222

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT