

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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- 052698

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société : RAM 56718

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHRAÏBI ABDELMALEK

Date de naissance : 01/06/53

Adresse : 15, RUE EL CAÏD Ahmed casa

Tél. : 0661253157 Total des frais engagés : 2796,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/12/2020

Nom et prénom du malade : Chraïbi Abdelmalek 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 : Le : / /

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
21/12/2020	Consultation	1	2000	
	Alcoolisme			
21/12/2020	Cat K10	500	5000	
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
	21/12/2020	296,00		

[illegible]

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

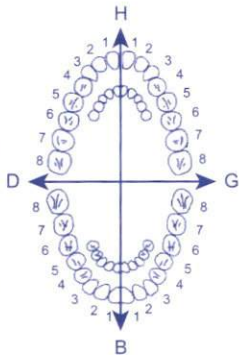
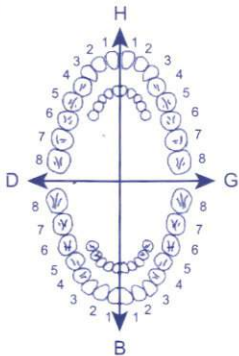
[illegible]

# 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 d

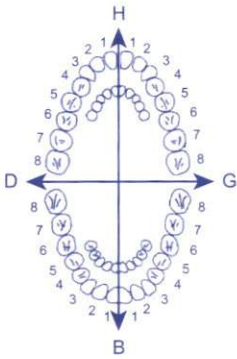
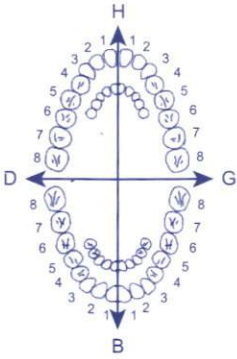
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>D</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			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





# 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 Phacoémulsification

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 21/12/2022

**RECU**

Madame, Monsieur,

Mr/Mme/Mlle/Enf : .....CHRAIBI ABDELMALEK.....

La somme de : .....500.00.....

en paiement de note d'honoraires : .....CS+K10 (FOND D'ŒIL).....







# 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 21/12/2022

Madame, Monsieur,

Reçu de Mr / Mme : .....CHRAIBI ABDELMALEK.....

La somme de : .....2000.00 DHS.....

en paiement de note d'honoraires :

MICROSCOPIE SPECULAIRE

BIOMETRIE

ALADDIN



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

E-mail : [draiss@ophtalmologie-maroc.com](mailto:draiss@ophtalmologie-maroc.com) - Web : [www.ophtalmologie-maroc.com](http://www.ophtalmologie-maroc.com)

Prenez rendez-vous par E-mail : [contact@ophtalmologie-maroc.com](mailto:contact@ophtalmologie-maroc.com) - ICE : 001602596000056



Corneal endothelium report

SP-1P Version 1.42

Print Date: 21/12/2020 11:37:01

TOPCON

ID: 00000002138

Name: abdelmalek chraïbi

Ethnicity:

Gender:

DOB:

Technician:

Captured Position: Center

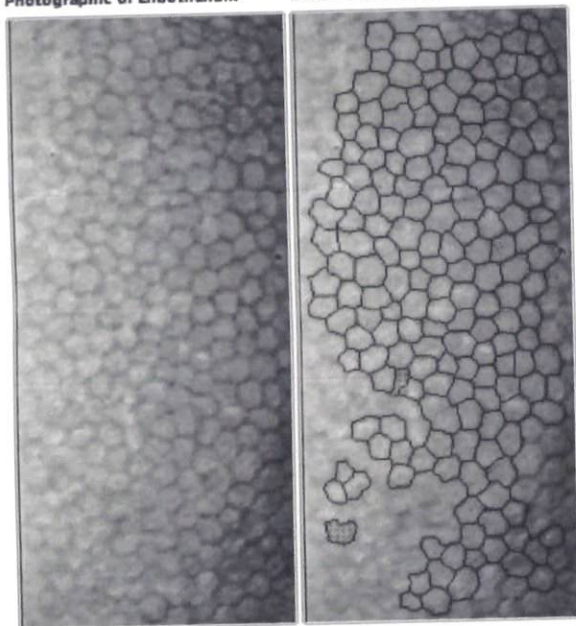
Age:

OD(R) Auto Analysis

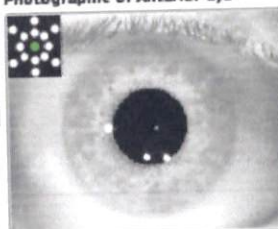
Capture Date: 21/12/2020 11:36:42

Photographic of Endothelium

Traced Endothelium

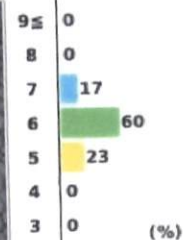


Photographic of Anterior eye

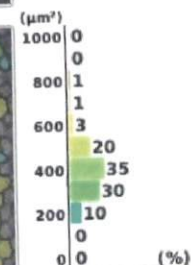
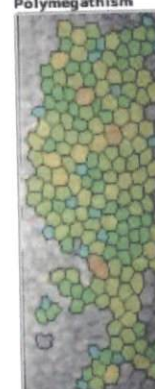


**CCT** 542  
( $\mu\text{m}$ )  
**CD** 2314  
(cells/ $\text{mm}^2$ )  
**CV** 24  
(%)  
**HEX** 60  
(%)  
**N** 173  
(cells)  
**MIN** 235  
( $\mu\text{m}^2$ )  
**MAX** 879  
( $\mu\text{m}^2$ )  
**AVG** 432  
( $\mu\text{m}^2$ )  
**SD** 104  
( $\mu\text{m}^2$ )

Pleomorphism



Polymegathism



Comments:

Signature:

Date:





ID: 00000002138

Name: abdelmalek chraibi

Ethnicity:

Gender:

DOB:

Technician:

Captured Position: Center

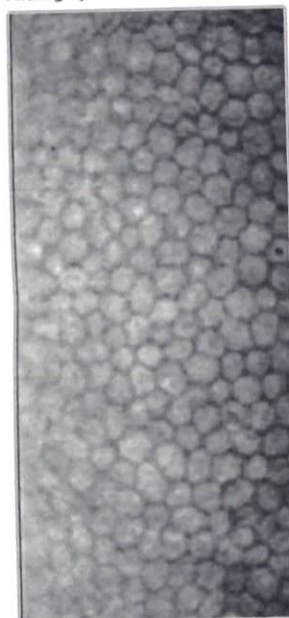
Age:

OS(L)

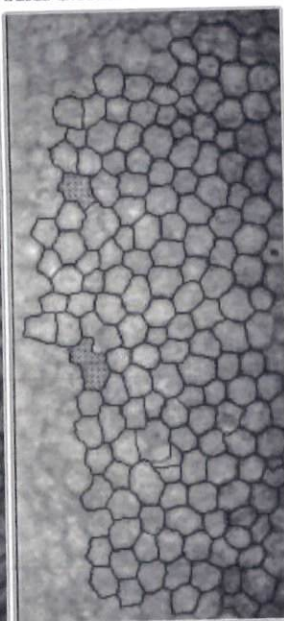
Auto Analysis

Capture Date: 21/12/2020 11:36:55

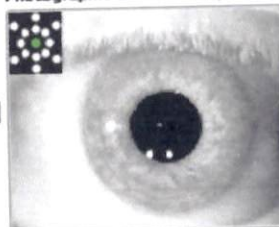
Photographic of Endothelium



Traced Endothelium



Photographic of Anterior eye



CCT 540

(μm)

CD 1861

(cells/mm²)

CV 26

(%)

HEX 66

(%)

N 150

(cells)

MIN 248

(μm²)

MAX 1107

(μm²)

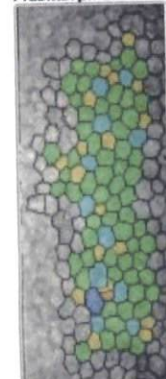
AVG 537

(μm²)

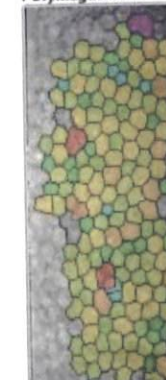
SD 142

(μm²)

Pleomorphism



Polymegathism



Comments:

Signature:

Date:





Patient : CHRAIBI ABDELMALEK

Patient ID : CA

Date de Naissance : 01/06/1953  
(jj/mm/aaaa)

OD

Phakique

Mesures n : 1.3375

Aladdin Optique

AL : 24.26mm K1 : 42.17D @ 92°  
ACD : 3.18mm K2 : 42.50D @ 2°  
LT : 4.44mm CYL : -0.33D ax 92°  
CCT : 0.552mm AvgK : 42.34D  
WTW : 11.48mm

Cible réfractive : 0

Alcon  
SN60WF

Barrett Universal II	
IOL(D)	RÉF.(D)
19.00	0.82
19.50	0.47
<b>20.00</b>	<b>0.11</b>
20.50	-0.25
21.00	-0.61

IOL @ Cible LF = 1.884  
A = 119.000  
20.16

EYECRYL PLUS  
HSAS 4X4

Barrett Universal II	
IOL(D)	RÉF.(D)
18.50	0.80
19.00	0.44
<b>19.50</b>	<b>0.08</b>
20.00	-0.29
20.50	-0.66

IOL @ Cible LF = 1.569  
A = 118.400  
19.61

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

Chirurgien

: RAISS ABDERRAHMANE

Date Examen  
(jj/mm/aaaa)

: 21/12/2020 - 13:23

OS

Pseudophakique (Inconnu)

Mesures n : 1.3375

Aladdin Optique

AL : 24.17mm K1 : 41.88D @ 98°  
ACD : 4.74mm K2 : 43.54D @ 8°  
LT : mm CYL : -1.66D ax 98°  
CCT : 0.554mm AvgK : 42.71D  
WTW : 11.55mm

Cible réfractive : 0

Alcon  
SN60WF

Barrett Universal II	
IOL(D)	RÉF.(D)
19.50	0.69
20.00	0.34
<b>20.50</b>	<b>0.00</b>
21.00	-0.35
21.50	-0.71

IOL @ Cible LF = 1.884  
A = 119.000  
20.50

EYECRYL PLUS  
HSAS 4X4

Barrett Universal II	
IOL(D)	RÉF.(D)
19.00	0.66
19.50	0.30
<b>20.00</b>	<b>-0.05</b>
20.50	-0.41
21.00	-0.77

IOL @ Cible LF = 1.569  
A = 118.400  
19.93

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible



Patient : CHRAIBI ABDELMALEK

Patient ID : CA

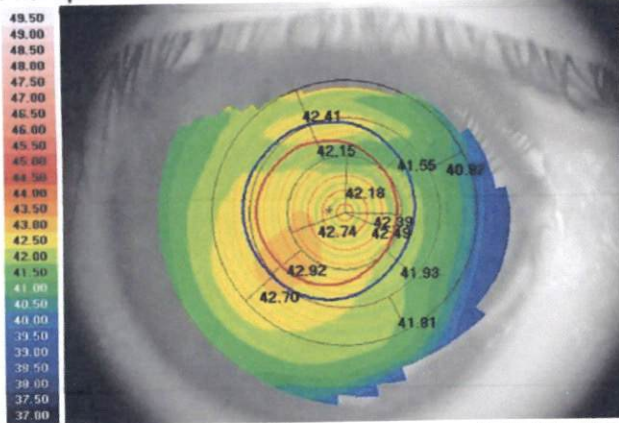
Date de Naissance: 01/06/1953  
(jj/mm/aaaa)

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE

Date Examen : 21/12/2020 - 13:23  
(jj/mm/aaaa)

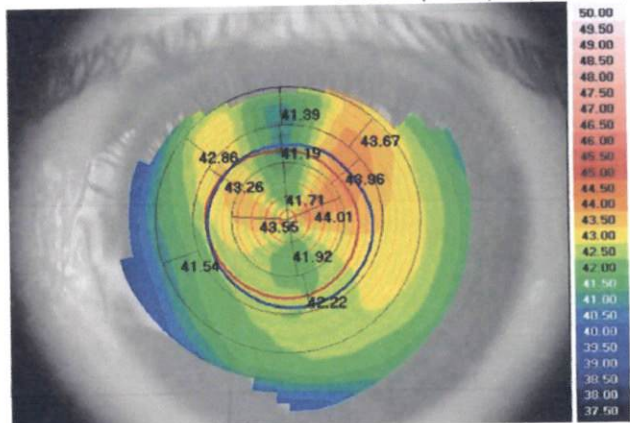
## OD

Phakique



## OS

Pseudophakique (Inconnu)



Carte Normalisée Carte Normalisée

D										
Carte Normalisée										
Carte Normalisée										
Synthèse des mesures										
AL	24.26mm	K1	42.17D	92°		AL	24.17mm	K1	41.88D 98°	
ACD	3.18mm	K2	42.50D	2°		ACD	4.74mm	K2	43.54D 8°	
LT	4.44mm	CCT	0.552mm			LT	----mm	CCT	0.554mm	
WTW	11.48mm	Dec	(-0.51, -0.43)			WTW	11.55mm	Dec	(0.56, -0.15)	
Index Kérato-réfractifs										
CYL 3 mm -0.24 D Ax: 90°						CYL 3 mm -1.86 D Ax: 98°				
CYL 5 mm -0.22 D Ax: 130°						CYL 5 mm -1.39 D Ax: 98°				
SD	SAI	e	Kc			SD	SAI	e	Kc	
0.75 D	0.30 D	0.37	42.54			0.59 D	0.56 D	0.36	42.99	
Criblage du kératocône										
AK	AGC	OUI	p			AK	AGC	OUI	p	
43.69 D	1.00 D/mm	0.23 D	0%			44.34 D	-0.02 D/mm	-0.30 D	0%	
Pupille										
Photo: Diamètre 3.73 mm	Dec (-0.47, 0.01)mm					Photo: Diamètre 3.94 mm	Dec (-0.14, -0.11)mm			
Meso: Diamètre 4.58 mm	Dec (-0.41, 0.08)mm					Meso: Diamètre 4.32 mm	Dec (0.05, -0.17)mm			
Zernike Analysis 5 mm										
Mappe d'Aberrations						Mappe d'Aberrations				
Coma						Coma				
Ab. Sphér.						Ab. Sphér.				
rms 0.41 µm						rms 0.66 µm				
rms 0.26 µm						rms 0.11 µm				
rms 0.06 µm						rms 0.15 µm				





# 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

21 décembre 2020

Mr. CHRAIBI Abdelmalek

148,00<sup>2</sup>  
296,00

CATIONORM COLLYRE



5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

*[Faint signature and stamp]*



PPC 148,00 DH

LOT SW160  
2020-02  
2023-02

PPC 148,00 DH

LOT SW160  
2020-02  
2023-02