

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

M22- N° 004837

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2661 Société :   
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :   
 Nom & Prénom : ABDELILAN, Mohammed   
 Date de naissance : 01.01.1945   
 Adresse : 9, Rue Atalante Fes - Casablanca   
 Tél. : 0661 32 56 74 Total des frais engagés : 687,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 05/05/2022   
 Nom et prénom du malade : A. A. TILASADAE Age :   
 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 : Le : 05/05/2022   
 Signature de l'adhérent(e) :

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 |
| 01/01/2022                     | OC <sub>2</sub>   | 9                     | 500 DH                          | Signature et Cachet du Médecin                                 |
|                                | 9                 | 9                     |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |           |                       |
|---|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date      | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE JARDINS POLO</b><br>Rajae SEKKAT<br>Docteur en Pharmacie<br>Avenue Atlantide, N° 102 Bis<br>Rabat - Tél : 05 22 52 71 00 | 5.05.2022 | 187.10.               |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

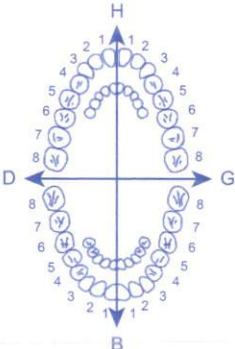
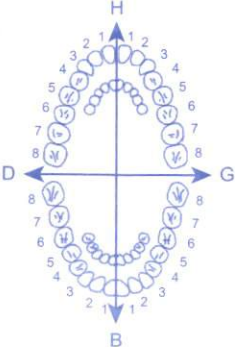
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>                 |                       |               |            |            |            |  |
|---|-----------------------|---------------|------------|------------|------------|--|
| <b>Cachet et signature<br/>du Praticien</b> | <b>Date des Soins</b> | <b>Nombre</b> |            |            |            | <b>Montant détaillé<br/>des Honoraires</b> |
|   |                       | <b>A M</b>    | <b>P C</b> | <b>I M</b> | <b>I V</b> |  |
|   | .....                 |               |            |            |            | .....                                      |
|   | .....                 |               |            |            |            | .....                                      |
|   | .....                 |               |            |            |            | .....                                      |
|   | .....                 |               |            |            |            | .....                                      |
|   | .....                 |               |            |            |            | .....                                      |

## 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |  |
|---|--|---------------------|-------------|--|
|    |  |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |             |  |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552<br/>           00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 قصور البصر (الليزر أو الغرس)

**Reçu de caisse N° : 281474976733529**

Casablanca, le .....

najwa

| Identifiant patient | Nom du patient | Date encaissement |
|---------------------|----------------|-------------------|
| PT220430112208      | AATIL Asmae    | 05/05/2022        |

| Mode Règlement    | Motif / Référence de paiement | Montant Dhs |
|-------------------|-------------------------------|-------------|
| Espèce            | cs spécialisée dr raiss       | 500,00      |
| Reçu établi par : | Total payé                    | 500,00      |





# 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

05 mai 2022

Mme AATIL Asmae

58,00

INDOCOLLYRE



1 goutte x 4 par jour, pendant 15 jours

75,00

LEVOPHTA



1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR

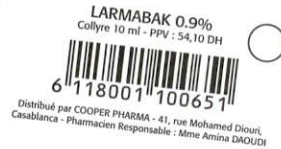
54,10

LARMABAK COLLYRE (NACL 0,9%) FL



1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

T = 187,10



PHARMACIE JARDINS POLO  
Rajaa SEKKAT  
Docteur en Pharmacie  
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo  
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00



Patient : AATIL ASMAE

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE

Patient ID : AA

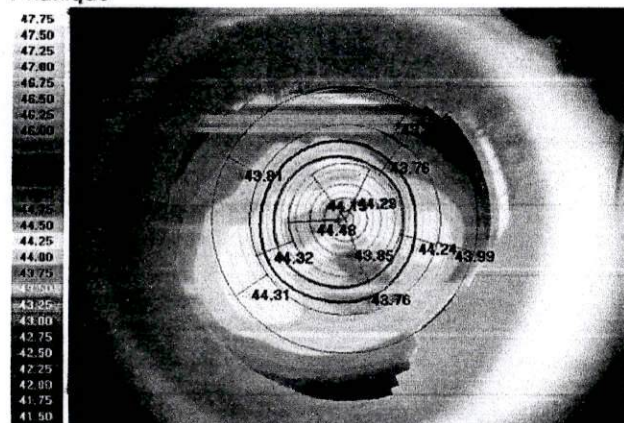
Date Examen : 05/05/2022 - 12:05

Date de Naissance: 20/12/1958  
(jj/mm/aaaa)

(jj/mm/aaaa)

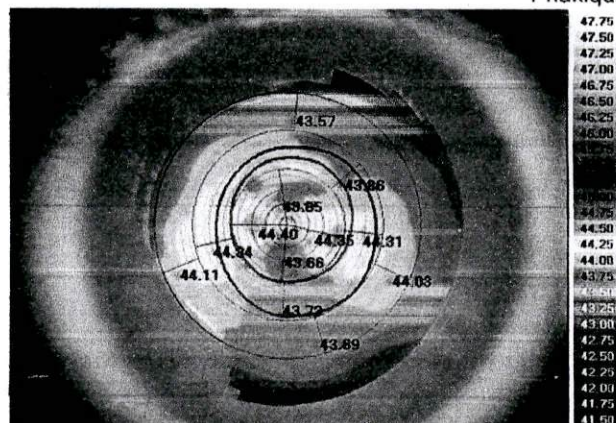
OD

Phakique



OS

Phakique



D Carte Normalisée Carte Normalisée D

## Synthèse des mesures

|     |         |     |                |      |     |         |     |               |      |
|-----|---------|-----|----------------|------|-----|---------|-----|---------------|------|
| AL  | 23.04mm | K1  | 43.95D         | 106° | AL  | 22.99mm | K1  | 43.72D        | 85°  |
| ACD | 3.23mm  | K2  | 44.34D         | 16°  | ACD | 3.18mm  | K2  | 44.39D        | 175° |
| LT  | 4.71mm  | CCT | 0.577mm        |      | LT  | 4.78mm  | CCT | 0.574mm       |      |
| WTW | 11.78mm | Dec | (-0.40, -0.09) |      | WTW | 11.74mm | Dec | (0.45, -0.13) |      |

## Index Kérato-réfractifs

|          |        |      |       |          |        |      |       |
|----------|--------|------|-------|----------|--------|------|-------|
| CYL 3 mm | 0.30 D | Ax:  | 15°   | CYL 3 mm | 0.59 D | Ax:  | 176°  |
| CYL 5 mm | 0.32 D | Ax:  | 0°    | CYL 5 mm | 0.45 D | Ax:  | 176°  |
| SD       | SAI    | e    | Kc    | SD       | SAI    | e    | Kc    |
| 0.34 D   | 0.16 D | 0.35 | 44.34 | 0.37 D   | 0.13 D | 0.39 | 43.98 |

## Criblage du kératocône

|         |           |        |    |         |           |        |    |
|---------|-----------|--------|----|---------|-----------|--------|----|
| AK      | AGC       | SI     | p  | AK      | AGC       | SI     | p  |
| 45.33 D | 0.69 D/mm | 0.41 D | 0% | 44.72 D | 0.48 D/mm | 0.09 D | 0% |

## Pupille

|        |          |         |     |                  |        |          |         |     |                 |
|--------|----------|---------|-----|------------------|--------|----------|---------|-----|-----------------|
| Photo: | Diamètre | 3.45 mm | Dec | (-0.16, -0.06)mm | Photo: | Diamètre | 3.25 mm | Dec | (0.11, 0.15)mm  |
| Meso:  | Diamètre | 4.19 mm | Dec | (-0.18, -0.06)mm | Meso:  | Diamètre | 4.36 mm | Dec | (0.23, -0.15)mm |

## Zernike Analysis 5 mm

|                     |             |             |                     |             |             |
|---------------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|
| Mappe d'Aberrations | Coma        | Ab. Sphér.  | Mappe d'Aberrations | Coma        | Ab. Sphér.  |
|                     |             |             |                     |             |             |
| rms 0.30 µm         | rms 0.07 µm | rms 0.15 µm | rms 0.27 µm         | rms 0.03 µm | rms 0.17 µm |