

# 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

- Reclamation : 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

N° M21- 065083

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11968

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HANNAOUI Malik

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661426427

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/ 2022

Nom et prénom du malade : HANNAOUI MALIKA

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
20/10/2022	CS + Topographie (APADON)		500 DM	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

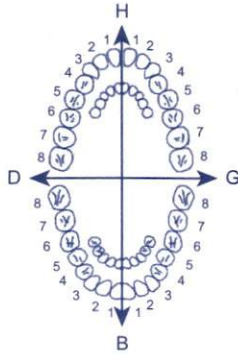
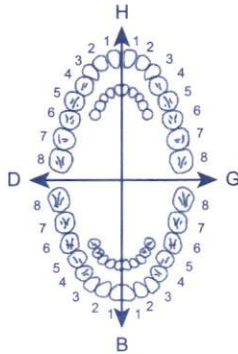
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>  <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



# 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 الزرع)

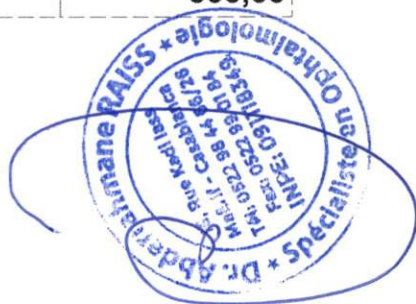
**Reçu de caisse N° : 281474976739583**

Casablanca, le .....

rajae

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT221020125534	HANNAOUI MALIKA	20/10/2022

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	cons réfractive	500,00
	Topographie (ALADDIN)	
Reçu établi par :	Total payé	500,00



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



Patient : HANNAOUI MALIKA

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE

Patient ID : HM

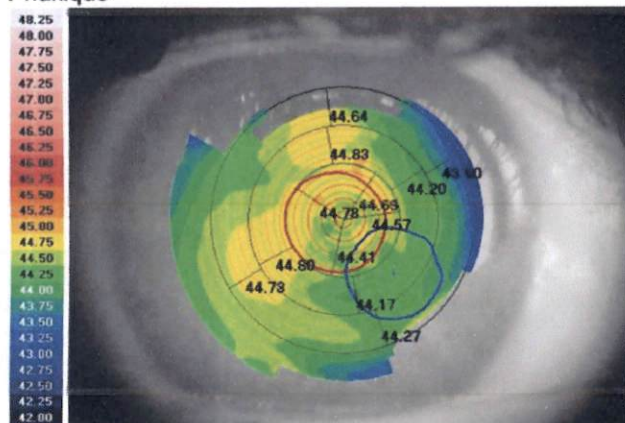
Date Examen : 20/10/2022 - 11:34

Date de Naissance: 01/03/1961  
(jj/mm/aaaa)

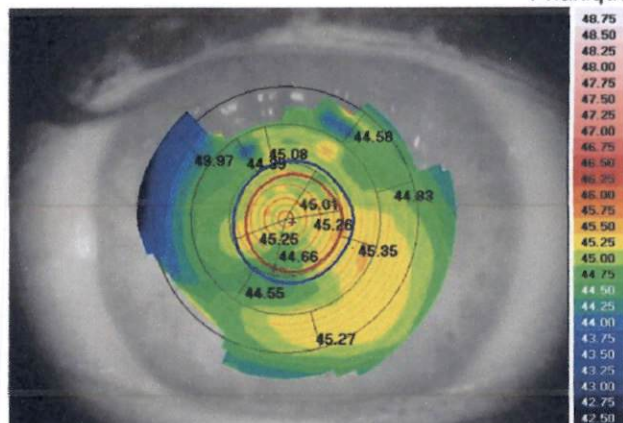
(jj/mm/aaaa)

**OD**

Phakique


**OS**

Phakique



D

Carte Normalisée Carte Normalisée

D

**Synthèse des mesures**

AL	22.41mm	K1	44.64D	0°	AL	22.22mm	K1	44.80D	84°
ACD	3.10mm	K2	44.64D	90°	ACD	3.08mm	K2	45.13D	174°
LT	4.78mm	CCT	0.534mm		LT	4.69mm	CCT	0.537mm	
WTW	11.08mm	Dec	(-0.67, -0.54)		WTW	11.35mm	Dec	(0.52, -0.10)	

**Index Kérato-réfractifs**

CYL 3 mm	0.00 D	Ax:	90°	CYL 3 mm	0.28 D	Ax:	175°
CYL 5 mm	0.00 D	Ax:	90°	CYL 5 mm	0.23 D	Ax:	169°
SD	SAI	e	Kc	SD	SAI	e	Kc
0.52 D	0.19 D	0.35	44.53	0.55 D	0.20 D	-0.14	45.25




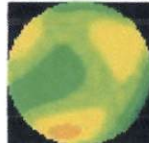


**Criblage du kératocône**

AK	AGC	SI	p	AK	AGC	SI	p
45.73 D	0.68 D/mm	-0.03 D	0%	47.54 D	1.23 D/mm	0.30 D	0%

**Pupille**

Photo: Diamètre	2.63 mm	Dec	(-0.21, -0.06)mm	Photo: Diamètre	2.54 mm	Dec	(0.21, -0.10)mm
Meso: Diamètre	2.43 mm	Dec	(1.33, -1.41)mm	Meso: Diamètre	3.17 mm	Dec	(0.18, -0.07)mm

**Zernike Analysis 5 mm**

Mappe d'Aberrations	Coma	Ab. Sphér.	Mappe d'Aberrations	Coma	Ab. Sphér.
					
rms 0.29 µm	rms 0.11 µm	rms 0.12 µm	rms 0.37 µm	rms 0.22 µm	rms 0.19 µm