

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 11968 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HANNAOUI, Malika

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661426427

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
29/01/2012	CS + Topographie		500 DT	
29/01/2012	(APAOIN)			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

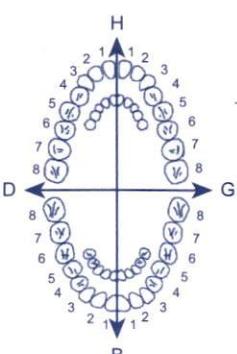
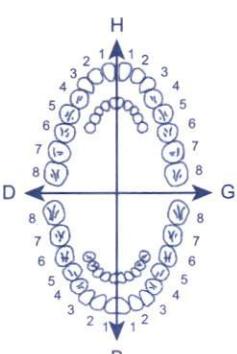
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 00000000 D 35533411	G 21433552 00000000 00000000 G 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Abderrahmane RAISS

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte par Pharcoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,

Presbytie (laser - Implant) **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 + <i>Topographie (Aladdin)</i>	500,00
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

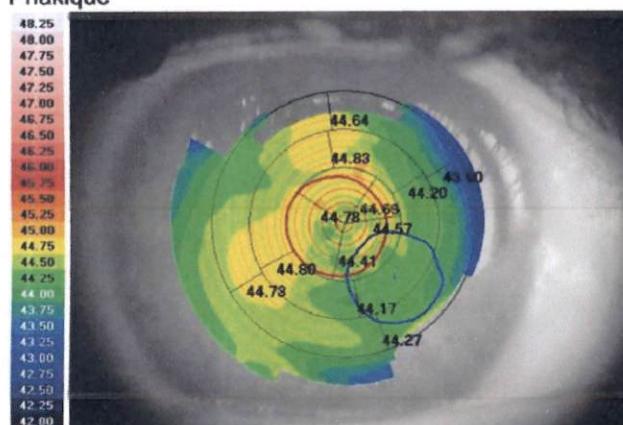
Prise rendez-vous par E-mail : contact@ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602596000056

Patient : HANNAOUI MALIKA
 Patient ID : HM
 Date de Naissance: 01/03/1961
 (jj/mm/aaaa)

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE
 Date Examen : 20/10/2022 - 11:34
 (jj/mm/aaaa)

OD

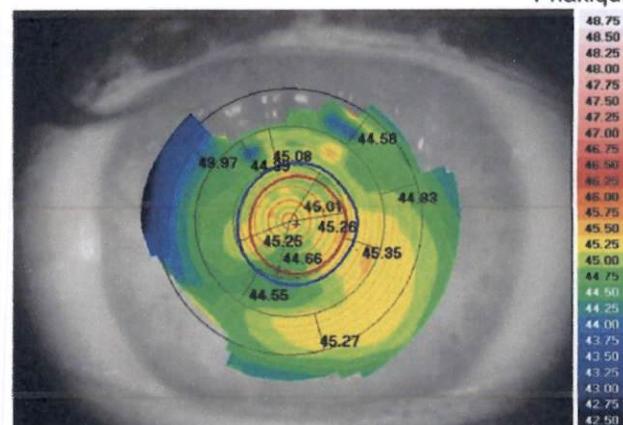
Phakique



Carte Normalisée

OS

Phakique



Carte Normalisée

D

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

