

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0037128

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : Ram  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 146783  
 Nom & Prénom : JALIL MOHAMED  
 Date de naissance : 01-01-1953  
 Adresse : 97 RUE SOCRATE MAAMF CASA  
 Tél. : 0670 566416 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : JALIL Ned Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : affections courantes  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 25-01-2023

### 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

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
24/01/2023	Cad	6		

# 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
CLINIQUE VAL D'ANNA CASABLANCA	24-01-23	2100 OCT	1200 Dhs

# AUXILIAIRES MEDICAUX

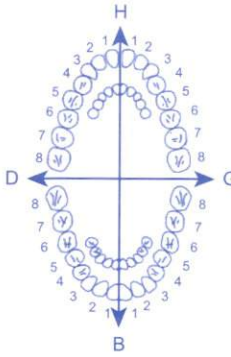
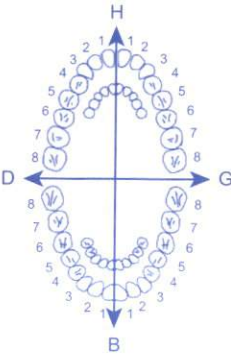
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) 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"/>															

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 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 .....

21/01/2023  
*M. Jalil Mohamed*

*Belene Marlain 009*

*Alkhalil el la ludi de rem*

*- ⊕ Jalil DFR 09.*

*- éfaron Harbi de 334 x 000 et 25/09*



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

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

# CLINIQUE VAL D'ANFA

JALIL MOHAMED	FACTURE N° 76/2023	
DATE	Designation	Montant
19/01/2023	OCT	1200
	TOTAL	1200

La présente facture est acquitée à la somme de MILLE DEUX CENT DIRHAMS

CLINIQUE VAL D'ANFA  
CASABLANCA IMPLANT VISION  
Tél: 0522 95 00 58 - Fax: 0522 39 10 11





## 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 09/11/2022

PT221031165402

Cher ami(e),

Voudriez-vous réaliser chez Mr JALIL Med un OCT maculaire.

Avec mes remerciements confraternels.

Dr RAISS

CLINIQUE VAL D'ANFA  
CASABLANCA IMPLANT VISION  
Tél: 0522 39 00 58 - Fax: 0522 39 10 11



Nom: JALIL, MOHAMED

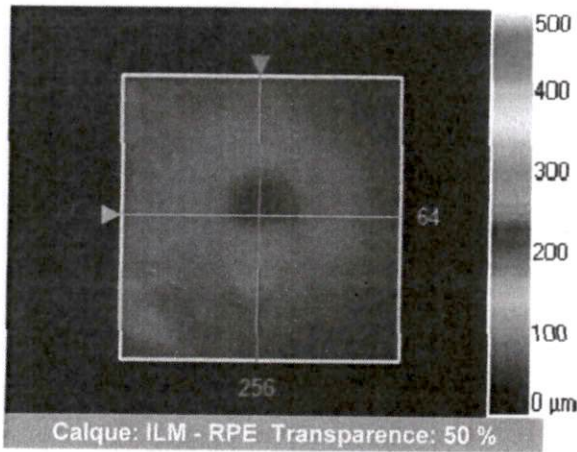
ZEISS

ID: CZMI243533835 Date d'examen: 19/01/2023  
Date de naissance: 01/01/1953 Heure de l'examen: 11:10  
Sexe: Masculin Numéro de série: 5000-3203  
Technicien: Operator, Cirrus Puissance du signal: 5/10

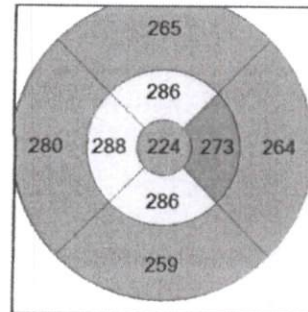
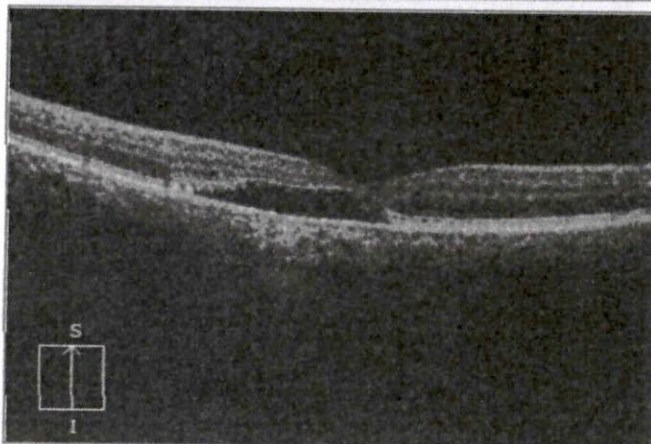
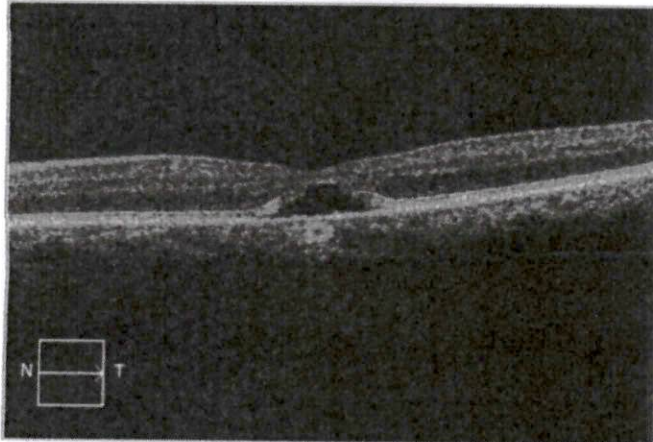
CLINIQUE VAL D'ANFA

## Épaisseur maculaire : Macular Cube 512x128

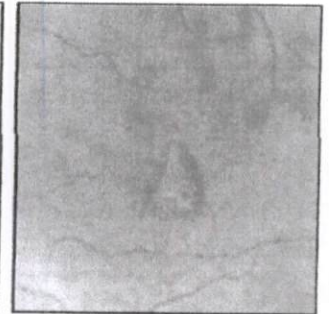
OD ☐ OS ☒



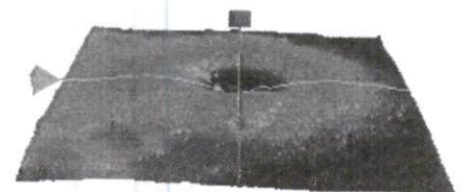
Mode Haute définition



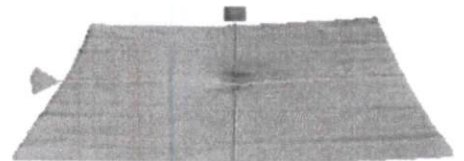
Épaisseur ILM-RPE ( $\mu\text{m}$ )



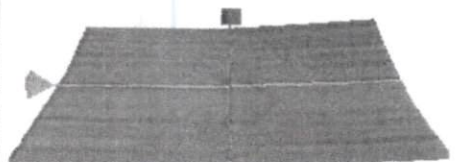
Fovéa: 249, 59



ILM - RPE

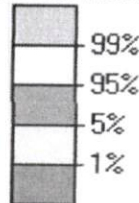


ILM



RPE

Diversifié :  
Distribution  
des normales



	Épaisseur moy. centrale ( $\mu\text{m}$ )	Volume du cube ( $\text{mm}^3$ )	Ép. cube moy. ( $\mu\text{m}$ )
ILM - RPE	224	9,5	264

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 10.0.1.19039  
Copyright 2016  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

Page 1 sur 1



Nom: JALIL, MOHAMED

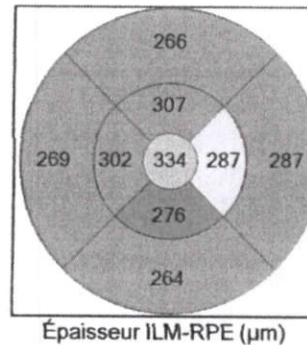
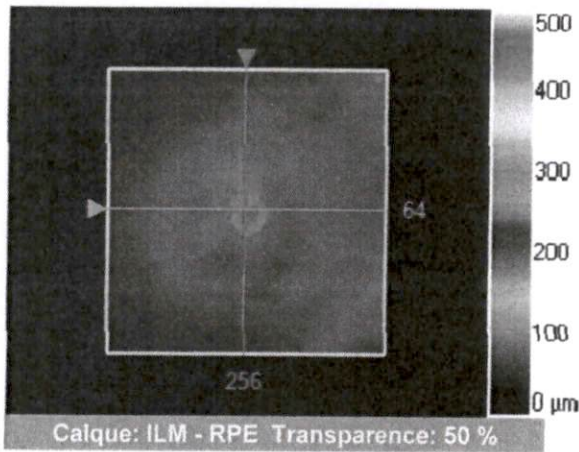


ID: CZMI243533835 Date d'examen: 19/01/2023  
Date de naissance: 01/01/1953 Heure de l'examen: 11:08  
Sexe: Masculin Numéro de série: 5000-3203  
Technicien: Operator, Cirrus Puissance du signal: 6/10

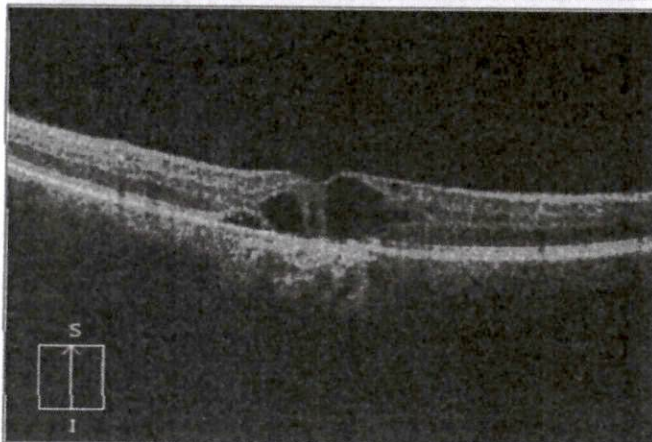
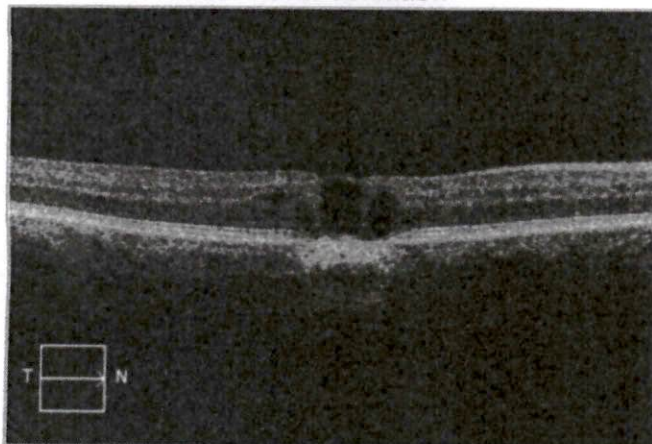
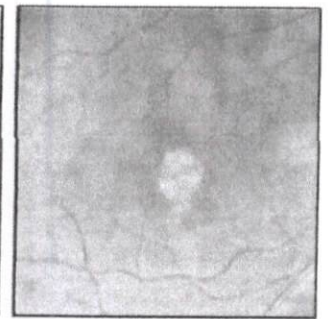
CLINIQUE VAL D'ANFA

## Épaisseur maculaire : Macular Cube 512x128

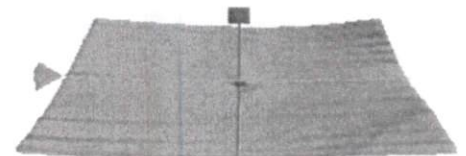
OD ● ○ OS



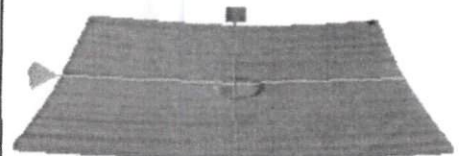
Épaisseur ILM-RPE (μm)



ILM - RPE

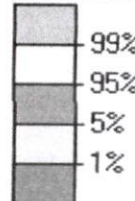


ILM



RPE

Diversifié :  
Distribution  
des normales



	Épaisseur moy. centrale (μm)	Volume du cube (mm³)	Ép. cube moy. (μm)
ILM - RPE	334	9,8	273

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 10.0.1.19039  
Copyright 2016  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom: JALIL, MOHAMED



ID: CZMI243533835 Date d'examen: 19/01/2023  
Date de naissance: 01/01/1953 Heure de l'examen: 11:06  
Sexe: Masculin Numéro de série: 5000-3203  
Technicien: Operator, Cirrus Puissance du signal: 4/10

CLINIQUE VAL D'ANFA

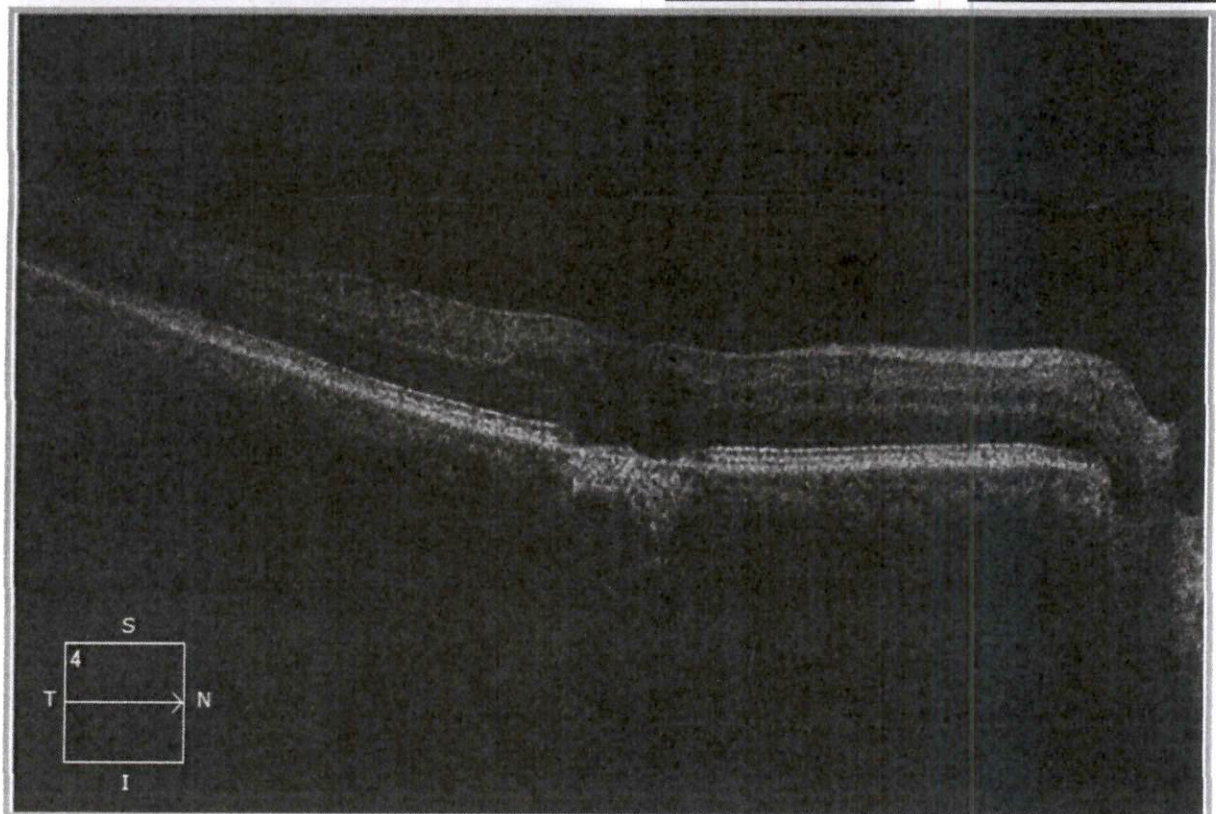
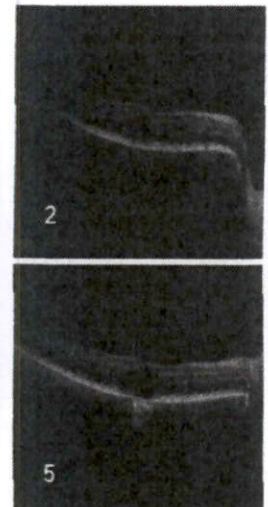
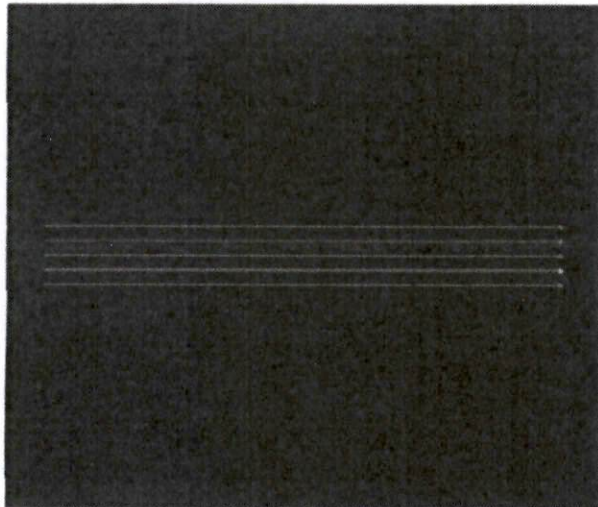
## Images haute définition : 5 Line Raster

OD ☒ OS ☐

Angle d'examen: 0°

Espacement: 0,25 mm

Longueur: 9 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 10.0.1.19039  
Copyright 2016  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved  
Page 1 sur 1



Nom: JALIL, MOHAMED

ZEISS

ID: CZMI243533835 Date d'examen: 19/01/2023

CLINIQUE VAL D'ANFA

Date de naissance: 01/01/1953

Heure de l'examen: 11:10

Sexe: Masculin

Numéro de série: 5000-3203

Technicien: Operator, Cirrus

Puissance du signal: 6/10

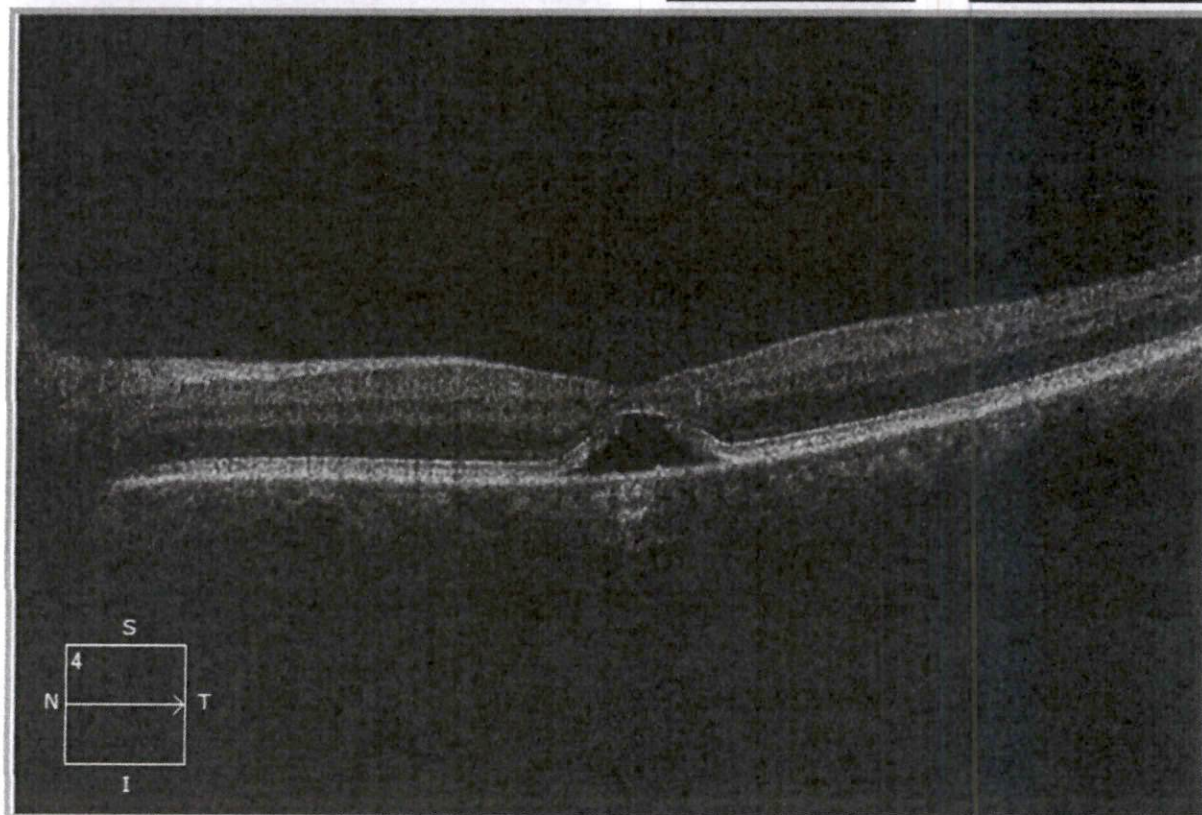
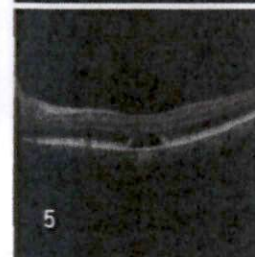
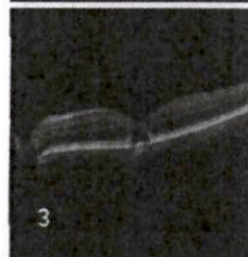
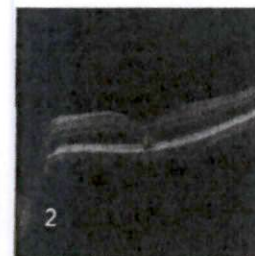
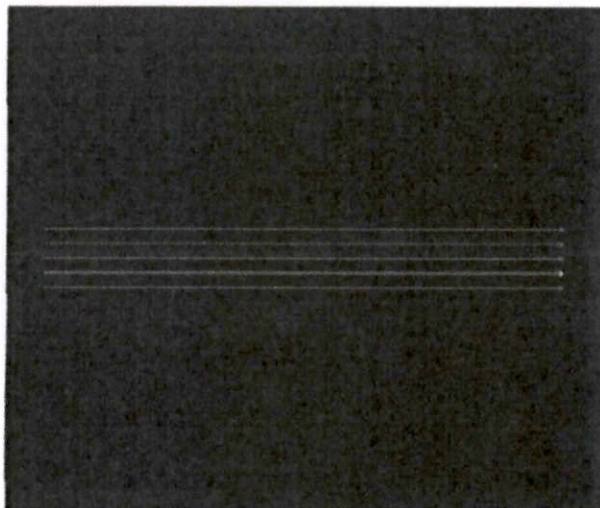
## Images haute définition : 5 Line Raster

OD ☐ OS ☒

Angle d'examen: 0°

Espacement: 0,25 mm

Longueur: 9 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 10.0.1.19039  
Copyright 2016  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved  
Page 1 sur 1