

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

- 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.

M22- 0043051

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5316

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR JABER Mohamed

Date de naissance : 1954

Adresse : Rue 9 NR 169 Lat. Sidi Abdellah Fihman

OLFA CASA

Tél. : 06 34 65 62 19 Total des frais engagés : 551,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/01/2023

Nom et prénom du malade : JABER Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection cardiaque

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 : Casa

Le : 13/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
13/09/2023	C	500000	+ tapographie	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SAÏB SARL - AU Dr. Zakaria SAÏB 154, Bd Oued Daouira El Azbari - Outta Casa Tél 09 22 91 16 54	13.9.93	151.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

BELEVE 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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H

25533412 | 21433552

D	00000000	35533411	G
	00000000	11433553	

[Création remont adjonction]

tionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

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 الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

13 septembre 2023

Mr JABER Mohamed



CATACOL

1 GOUTTE LE MATIN ET SOIR



EOLEDUAL

1 gouttes 3x par jours , pendant 1 Mois



PHARMACIE SAIB
SARL AU
Dr. Zakaria SAIB
154, Bd. Oued Daouira
El Azher - Outta Casa
Tél: 05 22 91 16 54





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 الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca, le ...13/09/2023.....

Mr JABER Mohamed

Cher confrère

Voudriez-vous effectuer les examens de laboratoire suivants, dans le cadre d'une mise au point préopératoire :

- Glycémie
- TP
- TCK
- NFS
- CREATININE

Avec mes remerciements confraternels.

Signature du médecin



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

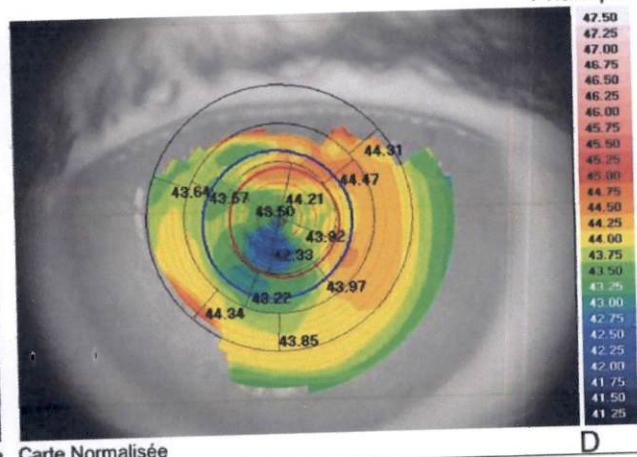
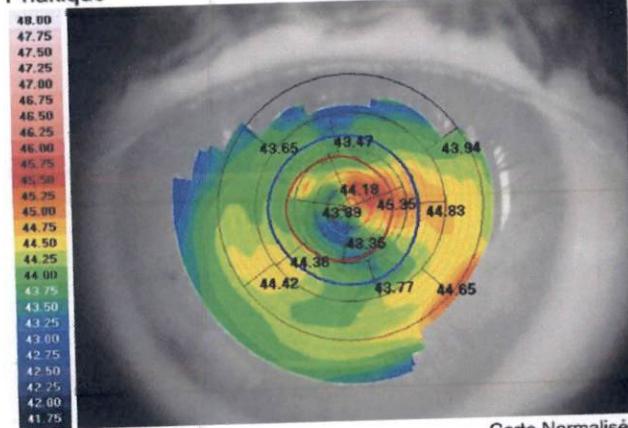
Prise rendez-vous par E-mail : contact@ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602596000056

Patient : JABER MOHAMED
 Patient ID : JM
 Date de Naissance: 31/12/1954
 (jj/mm/aaaa)

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE
 Date Examen : 13/09/2023 - 10:31
 (jj/mm/aaaa)

OD

Phakique


D
Synthèse des mesures

AL	22.52mm	K1	43.66D	90 °	AL	22.76mm	K1	43.62D	0 °
ACD	3.07mm	K2	44.35D	0 °	ACD	3.23mm	K2	43.62D	90 °
LT	4.62mm	CCT	0.525mm		LT	4.50mm	CCT	0.555mm	
WTW	11.79mm	Dec	(-0.23, -0.26)		WTW	11.87mm	Dec	(0.30, -0.61)	

Index Kérato-réfractifs

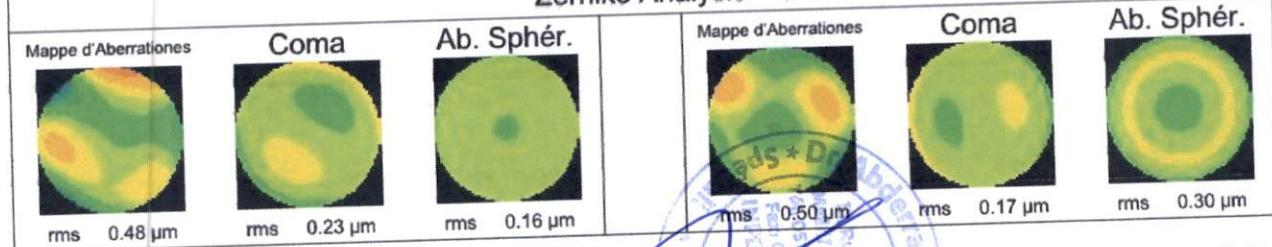
CYL 3 mm	0.61 D	Ax: 7°	CYL 3 mm	0.39 D	Ax: 160°
CYL 5 mm	0.79 D	Ax: 10°	CYL 5 mm	0.20 D	Ax: 177°
SD	SAI	e	SD	SAI	e
0.66 D	0.58 D	0.32	0.70 D	0.75 D	-0.61
		Kc			Kc
		44.32			43.25

Criblage du kératocône

AK	AGC	SI	p	AK	AGC	SI	p
47.45 D	1.20 D/mm	0.77 D	0%	46.35 D	0.50 D/mm	-0.35 D	0%

Pupille

Photo:	Diamètre 2.77 mm	Dec (-0.27, -0.04)mm	Photo:	Diamètre 2.88 mm	Dec (0.11, -0.12)mm
Meso:	Diamètre 3.94 mm	Dec (-0.16, -0.07)mm	Meso:	Diamètre 3.91 mm	Dec (-0.06, -0.16)mm

Zernike Analysis 5 mm




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,

Fresbytie (Laser - Implant)

Reçu de caisse N° : 281474976751947

الدكتور الرأيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قataracte par phacoémulsification

جراحة myopie, astigmatisme, hypermétropie

Casablanca, le

najwa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT230427111358	JABER Mohamed	13/09/2023

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

