

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-524654

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 :

Le : 02/03/2020

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 |
| 18/02/20                       | Captation         | 1 x 30                | 9000                            |  |
|                                | (voir facture)    |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|  | 18/02/20 | 41830                 |
|  |          |                       |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|---|--|------------------|-------------|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|----------|----------|----------|---|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                            |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
| Important :<br>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 | INF : <input type="text"/>  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   | <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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</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 | G |  | D | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |
|   | H  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   | 25533412   | 21433552         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   | G  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   | D  | 00000000         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   | 35533411   | 11433553         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   | B  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |  |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |   |  |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |   |  |

2019-07 15119-11 2024-06  
R 14.70

INDOCOLLYRE 0,1% Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV : 58,00 DHS  
AMM N° 270 DMP/21/NRQ  
58,00

INDOCOLLYRE 0,1% Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV : 58,00 DHS  
AMM N° 270 DMP/21/NRQ  
58,00

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RA  
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)

Casablanca le 18/02/2020

رحمان

العيون

(ة)

دسة

INDOCOLLYRE 0,1% Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV : 58,00 DHS  
AMM N° 270 DMP/21/NRQ  
58,00

INDOCOLLYRE 0,1% Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV : 58,00 DHS  
AMM N° 270 DMP/21/NRQ  
58,00

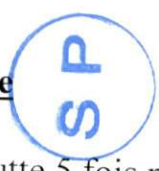
SOINS POST-OPÉRATOIRES DE BAKALI MED

8300

- 1 boîte PHYLARM Se laver les paupières avec compresse stérile matin et soir.

1470  
x2

- 1 boîtes compresse stérile



3030

- ICOMB Collyre une goutte 5 fois par jour pendant une semaine puis une goutte 3 fois par jour pendant une semaine.  
Ce traitement doit être arrêté progressivement.

5800  
x4

- INDOCOLLYRE 1 goutte 4 fois par jour pendant 2 mois.

1900

- DIAMOX 250 mg 1 comprimé si douleur avec

2460

- sirop potassium KCL 1 cuillère.

Ce traitement ne doit pas être arrêté sans avis médical

41830

PRECAUTIONS :

- ne pas frotter l'œil opéré.
- ne pas faire d'efforts excessifs.
- En cas de larmoiement vous devez utiliser chaque fois un nouveau mouchoir en papier (pas de mouchoir en tissu !) ou une nouvelle compresse stérile.

Examen de contrôle : cf. carte ci-jointe.

PHARMACIE ANAUCARIA  
Hicham TALI Pharmacien  
42, Rue d'Irfane Jax Salam  
Casablanca  
Tél: 0522 99 36 13 / 05 22 39 61 05

PPV : 30 DH 30

6281200000449

12900798-01

POTASSIUM  
Sirop 125 ml  
6 118000 031925

Diamox® 250mg  
24 Comprimés  
sécables  
6 118000 012337

Dr. Abderrahmane RAISS  
Spécialiste en Ophtalmologie  
15, Rue Cardin Maârif - Casablanca  
Tél : 0522 98 44 66 / 26 - Fax : 0522 99 01 84

Maârif - 20100 CASABLANCA - Tél. : 05 22 98 44 66 / 26 - Fax : 05 22 99 01 84  
Sionnelle N° : 35713467 - CNSS N° : 6437364 - ICE : 001602596000056  
ophthalmologie-maroc.com - Web: www.ophtalmologie-maroc.com





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

*Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles*

Casablanca ; le ... 18/02/2020

## BULLETIN DE SORTIE

Mr/Mme/Mlle ... Bakali N. A.

Acte : ... Cataracte OD + IOL

Date d'entre... 18/02/2020

Date de sortie... 18/02/2020

  
**Cachet et Signature**  
15, Rue Kadi Iass - Maârif - 20100 Casablanca  
Tel : 022 98 44 66 / 26 - Fax : 022 98 44 26  
E-mail : drraiss@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com



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

Casablanca, le 18/02/2020

## NOTE D'HONORAIRE



Le Docteur .....

A l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

Mr/Mme/Melle. Boukacem .....

Et lui adressé selon l'usage, sa note d'honoraires.

Soit la somme de : T.rais mille .....dhs

Cachet et Signature



15, Rue Kadi Iass - Maârif - 20100 CASABLANCA - Tel : 05 22 98 44 66 26 - Fax : 05 22 99 01 84

E-mail : drais@ophthalmologie-maroc.com - Web : www.ophthalmologie-maroc.com

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



## 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 قصر البصر بالليزر أو العدسة

A Casablanca le, 18/02/2020

#### FACTURE N° 090/2020

Nom & Prénom      Mr Bakali Med  
Acte      Cataracte Œil Droit+IOL  
Date d'intervention      18/02/2020

|                                       | HONORAIRES      | F. CLINIQUE     |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Séjour + Bloc opératoire K 130        |                 | 1 200,00        |
| Implant                               |                 | 1 620,00        |
| Pharmacie Consommée                   |                 | 350,90          |
| Consommable                           |                 | 2 329,10        |
| Honoraire Chirurgien (DR RAISS) K 130 | 3 000,00        |                 |
| Honoraire Médecin Anesthésiste K 60   |                 | 500,00          |
| <b>SOUS TOTAL</b>                     | <b>3 000,00</b> | <b>6 000,00</b> |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>9 000,00</b> |                 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**NEUF MILLE DIRHAMS**



Nom & Prénom                      Mr Bakali Med  
 Acte                                      Cataracte Œil Droit+IOL  
 Date d'intervention                18/02/2020

# DETAIL PHARMACIE

| PRODUIT CONSOMME | QTE | PU    | TOTAL  |
|------------------|-----|-------|--------|
| ringer           | 2   | 29,50 | 59,00  |
| betadine         | 1   | 25,00 | 25,00  |
| cebesine         | 1   | 23,00 | 23,00  |
| frakidex coll    | 1   | 25,20 | 25,20  |
| diamox           | 1   | 19,00 | 19,00  |
| atarax           | 1   | 29,10 | 29,10  |
| zinnat           | 2   | 59,40 | 118,80 |
| mydriaticum      | 2   | 25,90 | 51,80  |
| TOTAL            |     |       | 350,90 |

CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE  
 15, Rue Coudré - Casablanca  
 Tél : 0522 98 44 66 / 28  
 Fax : 0522 99 01 84



## 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 قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca le 18/02/2020

### CO MPTE RENDU OPERATOIRE

Le patient Bakali Med à bénéficié d'une opération de cataracte à l'œil droit.

J'ai opéré ce patient sous anesthésie topique, l'intervention a consisté en l'extraction du cristallin par une incision tunellisée, étroite, auto étanche et phacoémulsification, avec mise en place d'un implant pliable à globe fermé.

L'intervention s'est déroulée normalement et le patient a pu sortir comme prévu. Le traitement de sortie a consisté en l'instillation de Tobradex 5x/jour.

Lors du dernier contrôle postopératoire, L'examen Bio microscopique était normal.

