

## 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.

**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° P19- 061691

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2466

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Mme SOUSSI Saïda

Date de naissance :

1954

Adresse :

30, rue Amoutines, Rés. Raja EL SARAH, Bourgogne

Tél. :

Total des frais engagés :

327,20 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Mouhssine D'KHISSY**  
**Ophthalmologiste**  
400, Bd Brahim Reudani - Casablanca  
Tél: 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88  
INPE: 091045278

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/07/2023

Nom et prénom du malade :

Soussi Saïda

Age :

68 ans

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 :

CASA

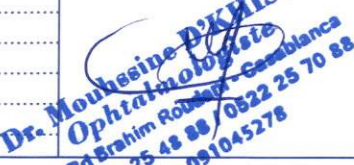
Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Le 03/10/2023



### 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
18/7/23	C	C2	G	 Dr. Mouhssine BKHASSI Ophthalmologist 100, Bd Brahim Roudani - Casablanca Tél: 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 INPE: 091045278

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LAHIANA Régence Taghazout Avenue ... Casablanca - Tél: 0522 20 28 67	18/7/23	291,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

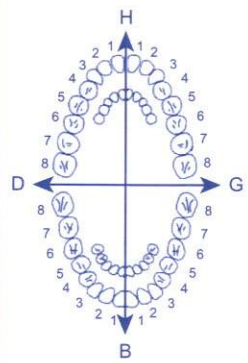
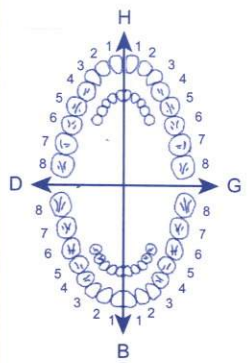
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

**Dr Mouhssine D'KHISSY**

**Ophtalmologiste**

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd  
Attestation de formation spécialisée approfondie  
Université de Nantes  
Maladies et chirurgie des yeux  
Echographie – Angiographie – Laser



**الدكتور الدخيسي محسن**

**طب العيون**

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد  
الدار البيضاء  
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 27/08/2014

35,70  
Dr. Souad S. S. S.  
ID To Border coll.  
Hx vit → Pardi.  
Plex Hx vit - 17

*(Signature)*



**Dr Mouhssine D'KHISSY**  
**Ophtalmologiste**  
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA



Casablanca, le: 18.07-23 ..... الدار البيضاء في

7<sup>e</sup> Soussi Sandra  
4590 Quinolox cp.

3570 1 cp x 2 IF pd 5 j  
Tobradex Collyre.

4590 1 gte x 6 IF pd 15 j  
Ciloxan 0,3 Collyre.

1 gte x 6 IF pd 15 j  
~~Tandoc Collyre Collyre.~~

(3048x2) 1 gte x 4 IF pd 15 j  
pdt oculaire adhesive.

29150

**Dr. Mouhssine KHAÏSSY**  
Ophtalmologiste  
400, Bd Hassan II - Casablanca  
Tél: 0522 25 46 54 - 0522 25 70 88  
N°RE: 091045278

**43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA**

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 Patente: 35504150

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/ 37

Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43 شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.ب.ج: 1037680 رقم التعريف: 01020458 س.ب: 74087 البتانة: 35504150

الهاتف: 05 22 29 48 36/ 37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96

الفاكس: 05 22 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com



752

2022-01-01  
2022-12-31  
1000051

REF: OPACCO 100

BTRO01/V<sub>3</sub>

Lot :

2NEN18  
06 2024

EXP :

CILOXAN® 0,3%  
COLLYRE

6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO

406434

PPV : 35,70 DH



118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura

Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml

AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO

Boîte de 1 flacon.

PPV : 35,70 DH

406836 MA



262

2022-01-01  
2022-12-31  
1000056

REF: OPACCO 100

BTRO01/V<sub>3</sub>

D.m.a: 01/20

D.m.a: 01/2022

**Quinolox**®

ofloxacin 200 mg

LOT : 5471  
PER : 12 - 25  
P.P.V : 149 DH 00Boîte de 20 comprimés  
Voie orale

Lot :

EXP :

3RXE1A  
02 2025TOBRADEX®  
COLLYRE EN SUSPENSION

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura

Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml

AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO

Boîte de 1 flacon.

PPV : 35,70 DH

406836 MA