

# 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

## M23-002979

179266

- Maladie     Dentaire     Optique     Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232 Société : .....

Actif     Pensionné(e)     Autre : .....

Nom & Prénom : EZZAHIR ALI

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : Bouphenouf Rue 52 N°15 Casa

Tél. 06 20 48 88 82 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 29/08/23

Nom et prénom du malade EZZAHIR ALI Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : ..... / ..... / .....

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
29/08/23	C	C2	G	<p><b>Dr. Moushine D'KHISSY</b>  <i>Ophthalmologiste</i>                      400, Bd Brahim Roudani / Casablanca                      Tél: 0522 25 48 88 / 0622 25 70 88                      INPE: 091045278</p>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE UNIVERSELLE CASA SARL AU</b>                      398, Bd Brahim Roudani / Casablanca                      Tél: 0522 25 31 42</p>	29/08	271,10
<p><b>PHARMACIE UNIVERSELLE CASA SARL AU</b>                      398, Bd Brahim Roudani / Casablanca                      Tél: 0522 25 31 42</p>	08/09	35170

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laborant 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
		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 :**

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

Ophthalmologiste

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 وجراحة العيون

الصيدلية المدنية  
حسن الديوري صيدلي  
Pharmacie EL MADANIA  
Bouchentouf rue 29 N°85  
Tél: 05 22 28 13 28 Casa

Casablanca, le 20/09/2013

M. EZZAHRI Mr

3570

1)

Tobindex coll (S.V.)

3/7 → 7/7

3570

3/7 → 7/7

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

TOBRADEx®  
COLTYRE EN SUSPENSION



Lot:  
EXP :

Toujours d'AMM au Maroc  
Laboratoires SOTHEMA, B.P. N°1, 27182,  
Bouskoura-Marrakech  
Laboratoires SOTHEMA, B.P. N°1, 27182,  
Bouskoura-Marrakech  
Pharma Schwed AG - Suisse



**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

Fabricant : Sothema  
Acon-Covertech V.  
Rijsweg 14, 12070 Puits, Belgique  
Cami Fabra 54, 08200 El Masnou,  
Barcelona, Espagne

PHARMACIE  
UNIVERSELLE CASA SARLAU  
398, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 0522.25.31.42

blanca, le: 29.08.23. الدار البيضاء في

Mr EZZAHIZ Ali

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

- 101.00  
**A'S** Quinolox cp ,  
2 cp x 2 J pd 1 j
- 35.70  
**A'S** Tobradex collyre.
- 45.90  
**A'S** Ciloxan 0,3 collyre  
2 gtt x 6 J pd 15 j
- 58.00  
**A'S** Turosc collyre collyre.  
2 gtt x 6 J pd 15 j
- 30.50  
**S.P.A'S** p8t oculaire adhesive.  
2 gtt x 4 J pd 15 j

271.10

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



INDOCOLLYRE 0,1%  LOT/ رقم النسخة  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء  
AMM N°155/19/DMP/21/NRODNM  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

H9589  
03 - 2023  
08 - 2024

66671



TOBRADEX®  
COLLYRE EN SUSPENSION

3RKE1A  
02 2025

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

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

REF OPHOCO.100

1000052  
2022-05  
406434

54

6 118002 100094

D.m.a: 01/2022

BTRO01N<sub>3</sub>

**FORMULE :**

Ofloxacin.....200 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé pelliculé  
Excipients à effet notoire : lactose  
Ne pas laisser à la portée des enfants

Quinolox 200mg  
Boîte de 10 comprimés



**Quinolox**<sup>®</sup>

**ofloxacin 200 mg**

Boîte de 10 comprimés

Voie orale

LOT : 5456  
PER : 12 - 25  
P.P.V : 101 DH 00



**Antibiotique Fluoroquinolone**

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5