

# 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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)

ND : 17735

## Déclaration de Maladie : № P19- 0007791

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24166

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HME SOUSSI Said

Adresse : 30 place Aïn oulme, les Roya EL SARAH Bourgogne

Tél. : 0668971004

Total des frais engagés : 750,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur DRISSY Moulliessy  
Ophthalmologue  
11 DEC 2019 0522.25.48.88

Date de consultation :

10 DEC 2019

Nom et prénom du malade :

HOUSSAYE PASADA

Age : 65 ans

Lien de parenté :

Lui-même JAN. 2020 Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

ACCUEIL

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 CASABLANCA

Le : 23 JAN 2020

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
20 DEC 2019	C1	250,00	Dr. Dr. Sd. Brahim Roufani - Casablanca Tel: 0522 25 49 88	Dr. Brahim Roufani - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients
<i>Dr Brahim Roudah Tel: 0522.25.43.83</i>	<i>12 DEC 2019</i>	<p><i>Dr Mouhssine B. Ophtalmologiste des Honoraires 400, Bd Brahim Roudah Tunis 1548 88 - Fax: 0522 25 10 88 SABLANCA</i></p>

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE 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'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 12x12 grid of numbers from 1 to 12 arranged in a spiral pattern. The numbers are placed in a sequence starting from the center (1) and moving outwards in a clockwise spiral. The grid is labeled with letters D, G, H, and B at its corners.

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Mouhssine D'KHISSY**  
**Ophthalmologist**

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd  
Attestation de formation spécialisée approfondie  
Université de Nantes  
Maladie et chirurgie des yeux  
ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



**الدكتور الدخيسى محسن**  
**طب العيون**  
أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد  
الدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le .....

12 DEC. 2019

**NOTE D'HONORAIRE**

**Nom Prénom :** MME SOUSSI SAIDA

**ACTE :** ECHOGRAPHIE : K40

**MONTANT :** 500 DHS .

**TOTAL :** CINQ CENTS DHS

Docteur D'KHISSY Mouhssine  
DR. M. D'KHISSY  
Ophthalmologist  
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 0522.25.48.88

**Dr Mouhssine D'KHISSY**

**Ophtalmologiste**

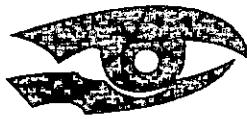
Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



**الدكتور الدخسي محسن**

**طب العيون**

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le ..... ٢٠٠٧

Nom : SOUSSI

Prénom : SAIDA

MEDECIN TRAITANT : DR DKHISSEY

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: CATARACTE OD**

**COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :**

**Oeil Droit :**

Biométrie :

Longueur axiale = 23.92 mm

P/ Implant = 22 D

(A= 118.00)

P/ Implant = 23 D

(A= 119.00)

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin échogène  
ECHOS VITREENS POSTERIEURS

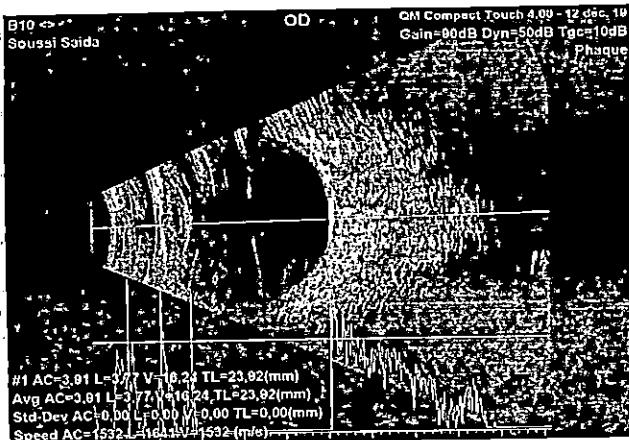
Docteur D'KHISSY Mouhssine  
Ophtalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 0522.25.48.88

**CABINET**  
**DR D'KHISSY MOUHSSINE**  
400 BOULEVARD BRAHIM ROUDANI - 20330 CASABLANCA - MAROC  
Tél. : 0522254888 - Fax: - Email : dkhissym@yahoo.fr

**N° de dossier:****Patient: Soussi Saida**Adresse: -  
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1954

**Oeil: OD**

Date d'examen: 12 déc. 2019

	Phaque	Œil Normal		
Mésure Sélectionnée	C/A(mm)	C.(mm)	V.(mm)	L.T.(mm)
m/s	1532	1641	1532	23,92
#1	3,91	3,77	16,24	23,92
Avg	3,91	3,77	16,24	23,92
Stat-2	3,91	3,77	16,24	23,92
Std-Dev	0,00	0,00	0,00	0,00

Valeurs sélectionnées pour le calcul LIO	#1	C.A.: 3,91 mm	C.: 3,77 mm	L.T.: 23,92 mm
K Mesuré	K1: 8,30 mm @ 0° - K2: 8,38 mm @ 0°			K: 40,47 D
Données de Réfraction	Sphère: 0,00 D - Cylindre: 0,00 D @ 0°			

IOL 115.00 A - A = 115,000	SRK-T	A = 115,000	IOL (D)	Refract. (D)
			17,00	1,54
			17,50	1,13
			18,00	0,72
			18,50	0,30
			19,00	-0,12
			19,50	-0,55
			20,00	-0,99
			20,50	-1,43
			21,00	-1,87

Emme: 18,85 D  
Ame: 0,00 D  
IOL Ame: 18,85 D

IOL 118.00 P - A = 118,000	SRK-T	A = 118,000	IOL (D)	Refract. (D)
			20,00	1,46
			20,50	1,10
			21,00	0,73
			21,50	0,37
			22,00	-0,01
			22,50	-0,39
			23,00	-0,77
			23,50	-1,16
			24,00	-1,55

Emme: 21,99 D  
Ame: 0,00 D  
IOL Ame: 21,99 D

IOL 118,40 P - A = 118,400	SRK-T	A = 118,400	IOL (D)	Refract. (D)
			20,50	1,42
			21,00	1,06
			21,50	0,71
			22,00	0,34
			22,50	-0,02
			23,00	-0,40
			23,50	-0,77
			24,00	-1,15
			24,50	-1,54

Emme: 22,47 D  
Ame: 0,00 D  
IOL Ame: 22,47 D

IOL 118,70 P - A = 118,700	SRK-T	A = 118,700	IOL (D)	Refract. (D)
			21,00	1,31
			21,50	0,96
			22,00	0,60
			22,50	0,24
			23,00	-0,12
			23,50	-0,49
			24,00	-0,86
			24,50	-1,24
			25,00	-1,62

Emme: 22,83 D  
Ame: 0,00 D  
IOL Ame: 22,83 D

**CABINET**  
**DR D'KHISY MOUHSSINE**  
400 BOULEVARD BRAHIM ROUDANI - 20330 CASABLANCA - MAROC  
Tél. : 0522254888 - Fax: - Email: dkhisym@yahoo.fr

Patient: Soussi Saida

N° de dossier:

Adresse: -

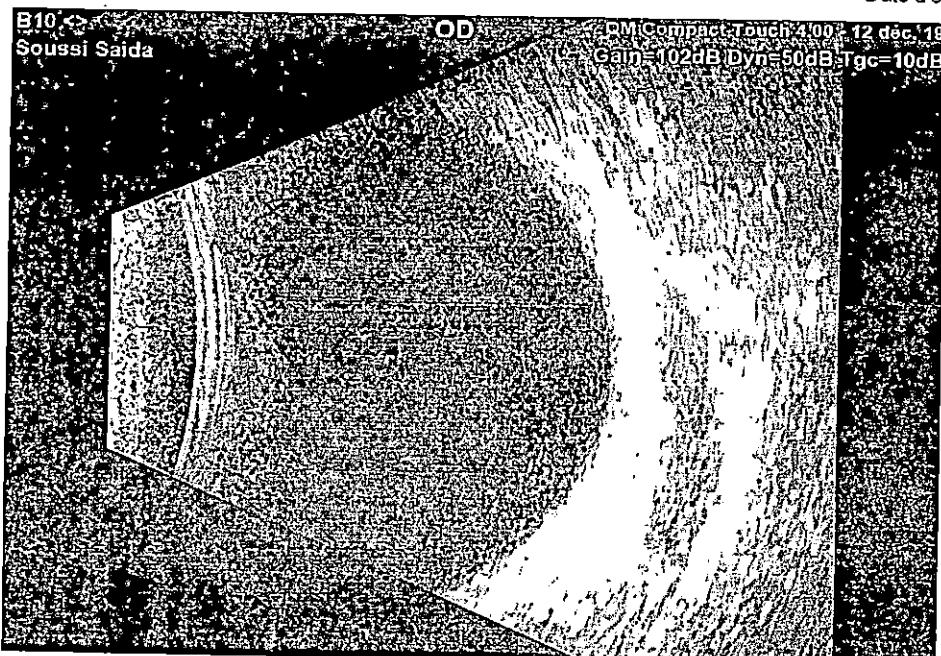
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1954

Oeil: OD

Date d'examen: 12 déc. 2019



Oeil: OD

Date d'examen: 12 déc. 2019

