

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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 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° M21- 066520

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : R.A.N.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ANRANI Boucharb  
Date de naissance : 02/06/1951  
Adresse : 137, Lot Hay Fatch N°5 Oulfa  
Tél. 06.66.19.86.2.4 Total des frais engagés : 1200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mouhssine D'KHISY  
Ophtalmologiste  
400, Bd Brahim Reudani, 2e Etage  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 26 70 88  
CASABLANCA

Date de consultation : 08 NOV. 2021  
Nom et prénom du malade : ABDOU EL AMRANI BOUCHARB Age: 70  
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 : Casablanca

Le : 28/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
2012 NOV 08				Dr Mouhssine D'KHISSY 400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88 CASABLANCA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE RACHIDI 43, Bd. Rachidi - Casablanca Tél: 05 22 29 48 36 / 37 Fax: 05 22 22 03 57 Service Ophtalmologie Dr Mouhssine D'KHISSY 400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88 CASABLANCA	09.11.2012	Angus K8	1200 DHS

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

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

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



**الدكتور الدخيسي محسن**

**طب العيون**

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 08 NOV. 2021

ABDELLAOUI EPAMRANI  
TOUREA

- Angiographie

28/11/2021

**CLINIQUE RACHIDI**  
43, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél : 05 22 25 48 88 / 05 22 25 70 88  
Fax : 05 22 22 03 57  
Service Ophtalmo

**Dr Mouhssine D'KHISSY**  
Ophtalmologiste  
400, Bd. Brahim Roudani, 28 Etage  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA





Casablanca, le :

# FACTURE

N° : 139606 / 2021 du 09/11/2021

Médecin traitant : DR. DKHISSY MOUHSSINE

ANGIOGRAPHIE

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme ABDELLAOUI TOURIA	PAYANT	09/11/21 09/11/21
AMRANI BOUCHAIB		

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
ANGIOGRAPHIE		1,00	500,00	500,00
			Sous/Total	500,00
Total clinique				500,00
DR. DKHISSY MOUHSSINE (ophtalmo)		1,00	700,00	700,00
			Sous/Total	700,00
Total autres prestations				700,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	1 200,00
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

BANQUE. P AGENCE AL HADIKA 190 780 21211 9303675 0001 60

**CLINIQUE RACHIDI**  
43, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél : 05 22 29 48 36 / 37  
Fax : 05 22 22 03 57  
Service Ophtalmo

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



**Dr Mouhssine D'KHISSY**  
**Ophtalmologiste**



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

**الدكتور الدخيسي محسن**  
**طِب العيون**

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد  
الدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون

**COMPTE RENDU D'ANGIOGRAPHIE RETINIENNE**

Casablanca, le

09 NOV 2021

NOM : ABDELLAOUI EP AMRANI  
PRENOM : TOURIA  
AGE :  
MEDECIN TRAITANT : DR D'KHISSY

RENSEIGNEMENT CLINIQUE : RETINOPATHIE DIABETIQUE

**ANGIOGRAPHIE :**

**Oeil Droit:**

Clichés monochromatiques : microanévrismes au pôle postérieur

Après injection : ISCHEMIE RETINIENNE PERIPHERIQUE AVEC NEOVX PRERETINIEN ET  
DIFFUSION MACULAIRES AUX TEMPS TARDIFS

**Oeil gauche:**

Clichés monochromatiques : microanévrismes au pôle postérieur

Après injection : ISCHEMIE RETINIENNE PERIPHERIQUE AVEC NEOVX PRERETINIEN ET  
DIFFUSION MACULAIRES AUX TEMPS TARDIFS

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



Patient: ABDELLAOUI EP AMRANI, TOURIA  
Physician:  
Operator:  
Disease:

CABINET DR DKHISSY MOUHSSINE  
400 BD BRAHIM ROUDANI 0522254888 / 0522257088  
Gender: Male  
ID:

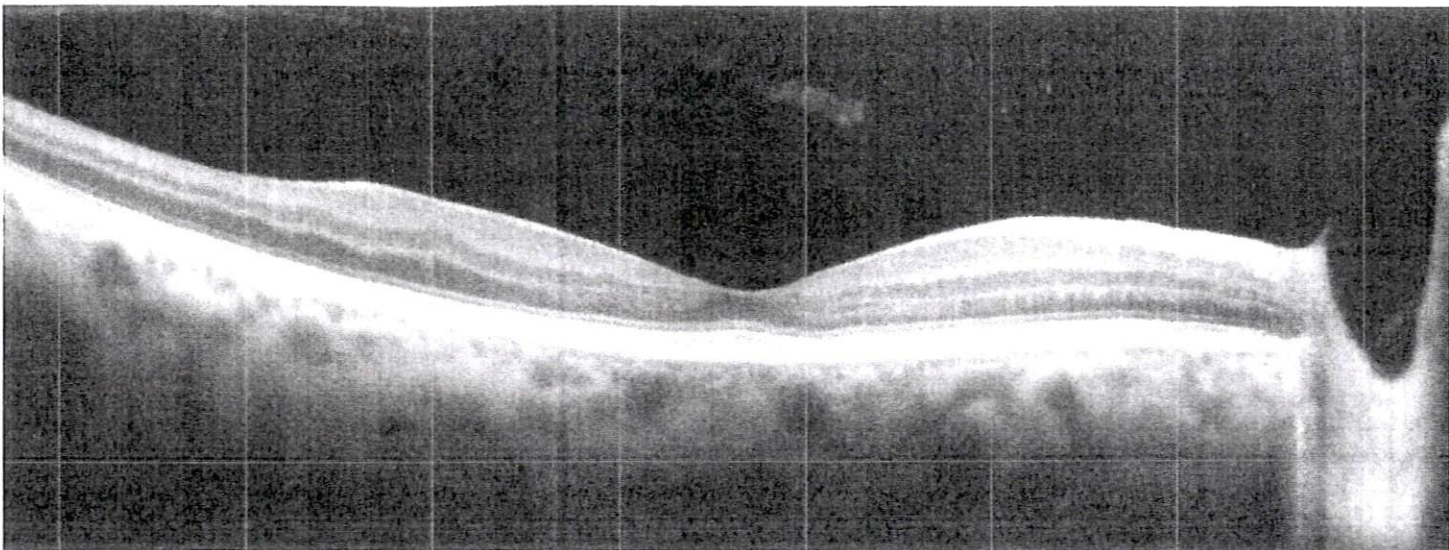
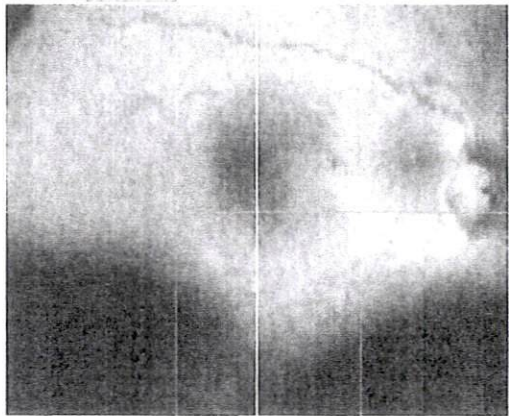
Exam Date: 09/11/2021  
DOB(age): 01/04/1965 (56)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,1,63

Cross Line

Signal Strength Index 65

Right / OD

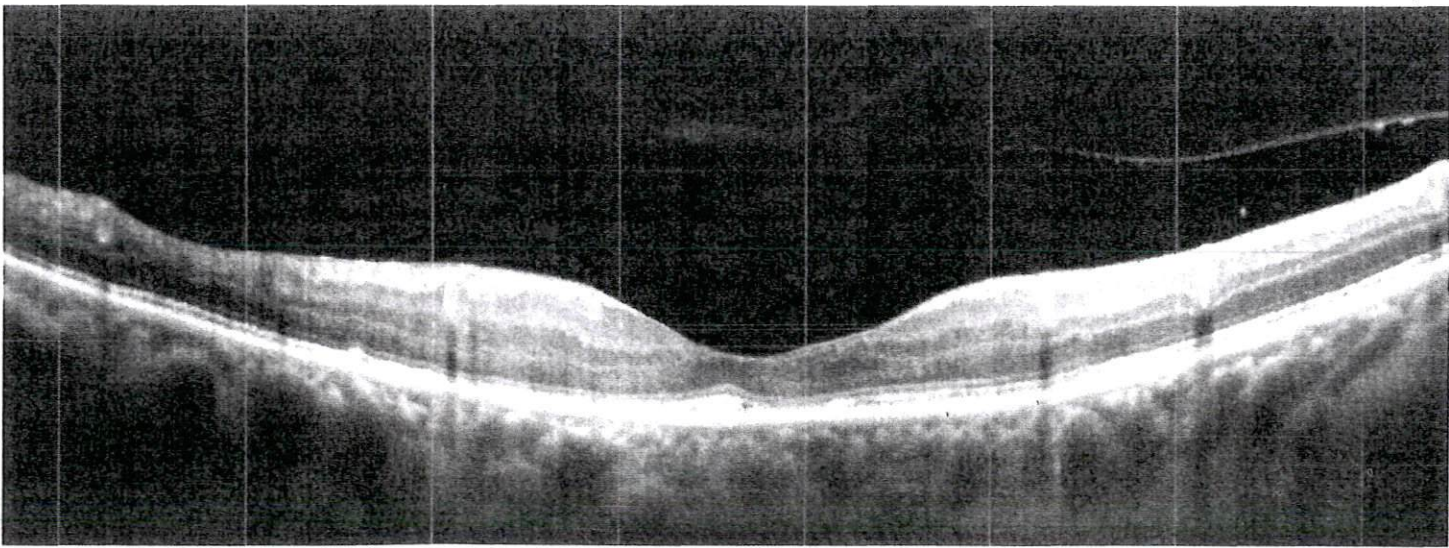
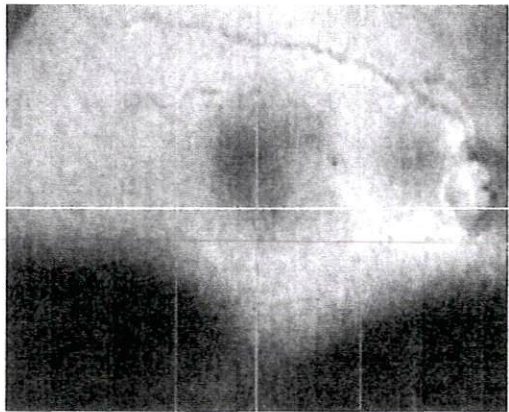
En Face IR



# of Averages: 40.51

Auto Zoom

10.00mm Scan Length



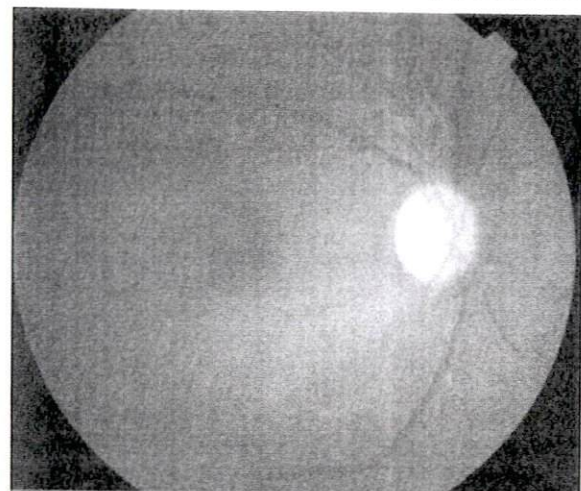


atient ID:1965AAT  
021

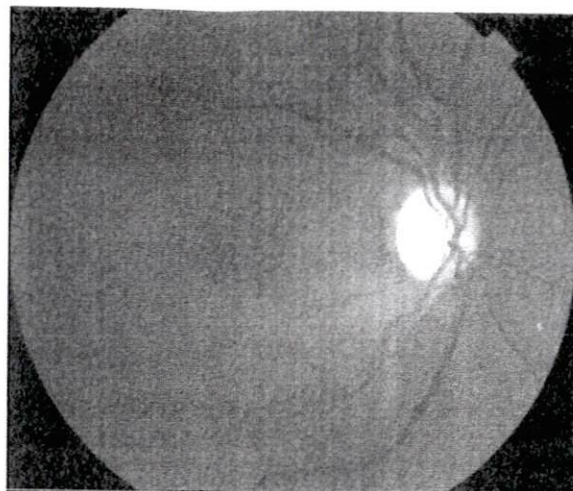
Nom du patient:ABDELLAOUI EP AMRANI, TOURIA

Dr:

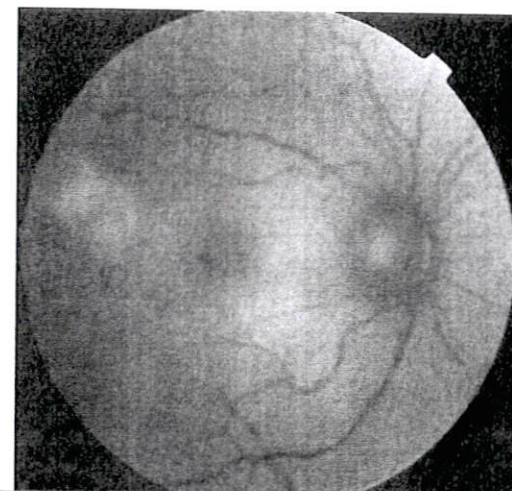
Date:09-11-



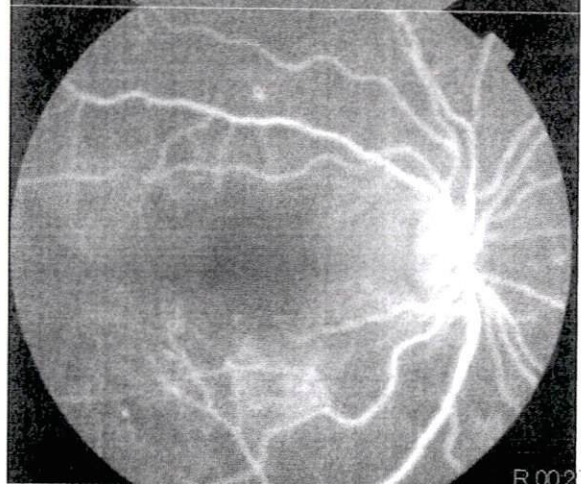
R



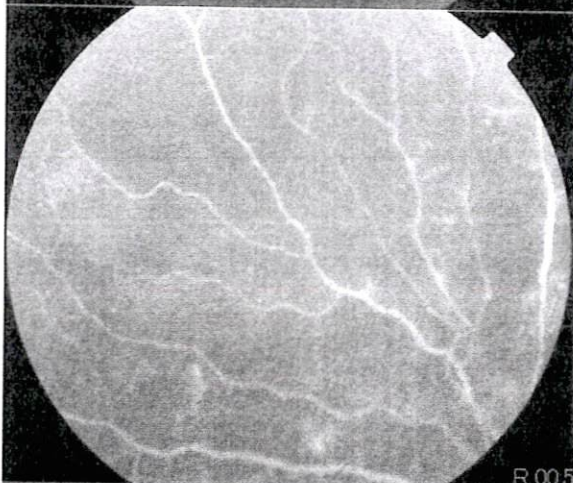
R



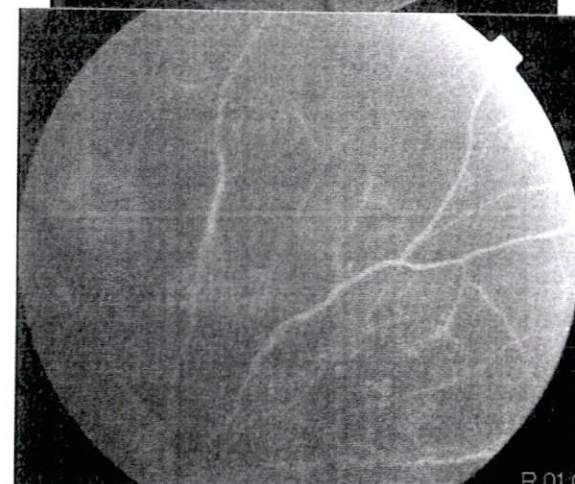
R



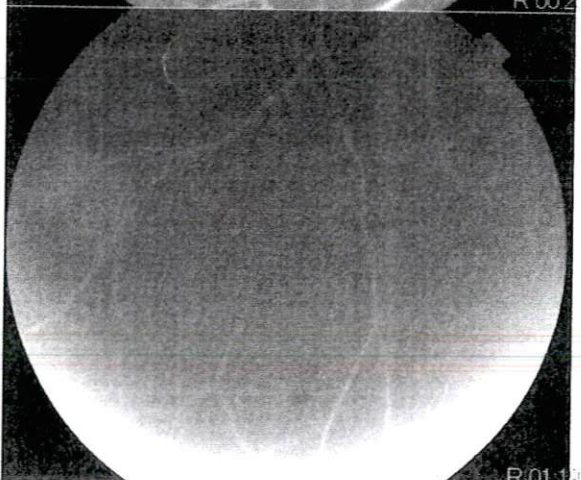
R00200



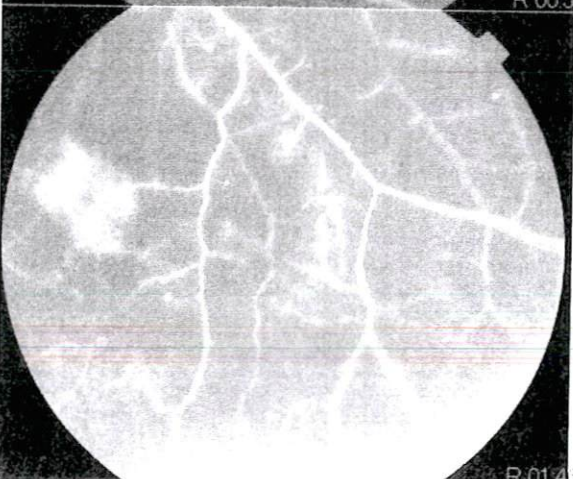
R00500



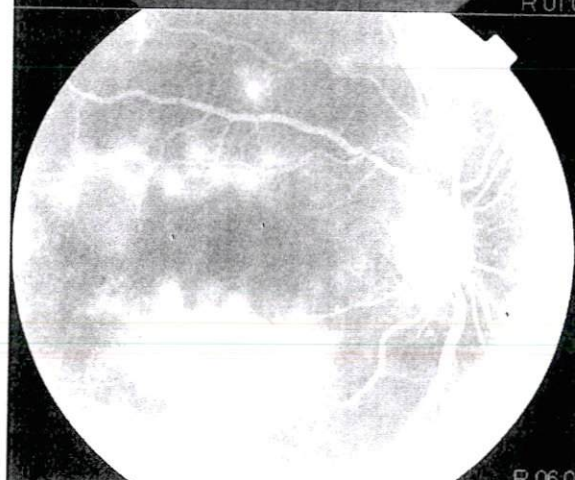
R01000



R01300



R01400



R06000



Patient: ABDELLAQUI EP AMRANI, TOURIA  
Physician:  
Operator:  
Disease:

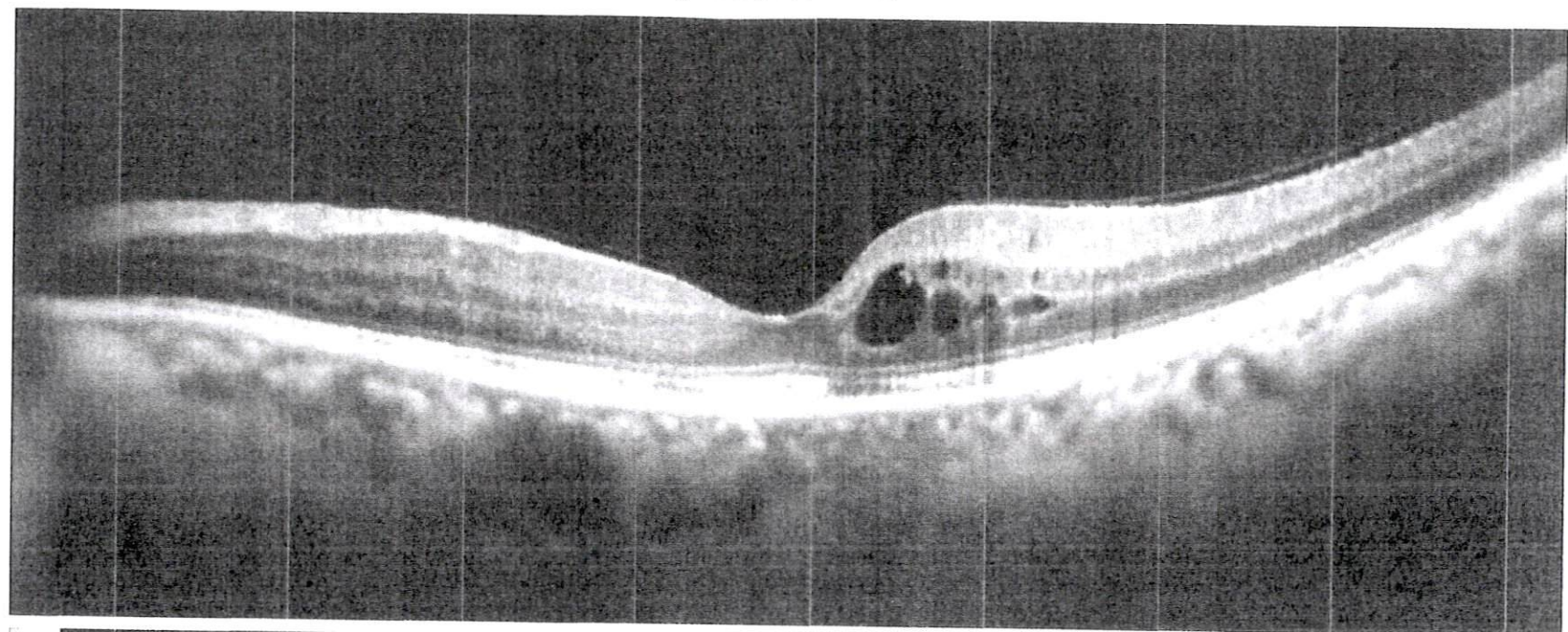
CABINET DR DKHISSY MOUHSSINE  
400 BD BRAHIM ROUDANI 0522254888 / 0522257088  
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 09/11/2021  
DOB(age): 01/04/1965 (56)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,1,63

Line

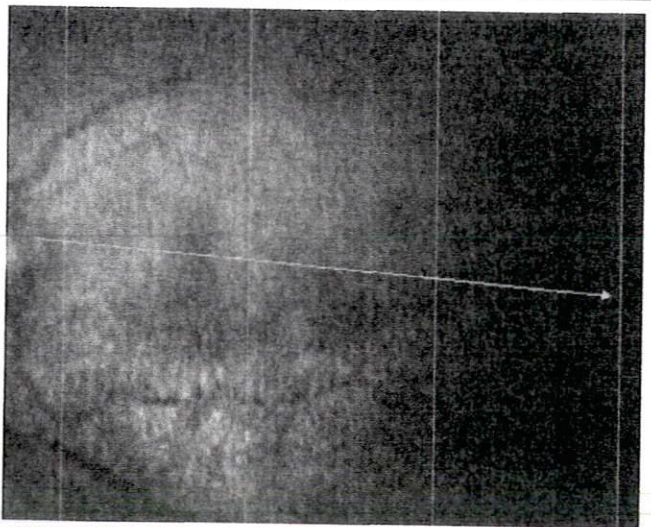
Signal Strength Index: 54

Left / OS



250µm

En Face IR

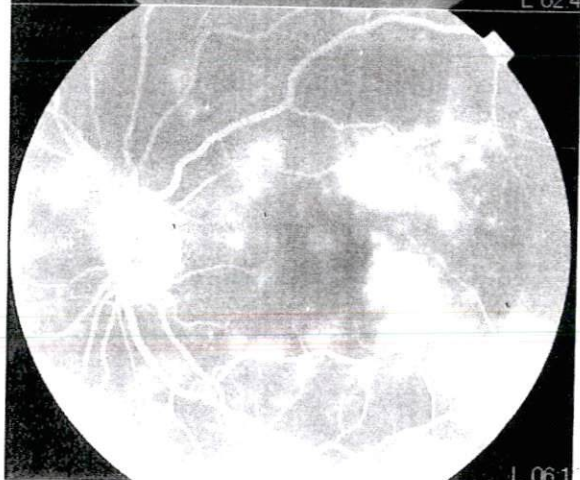
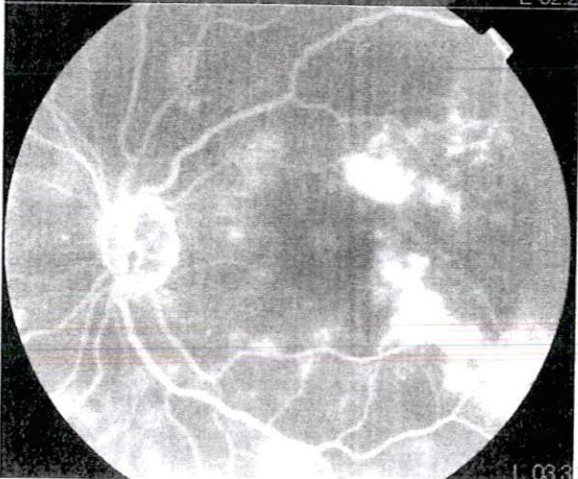
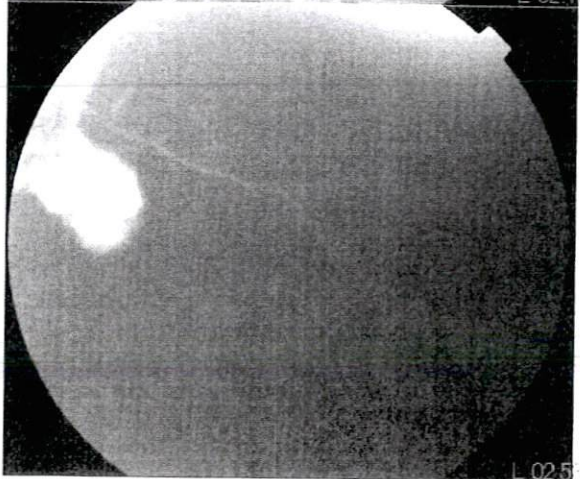
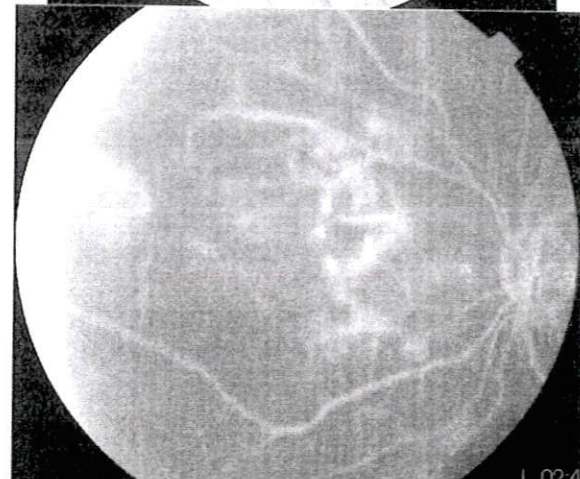
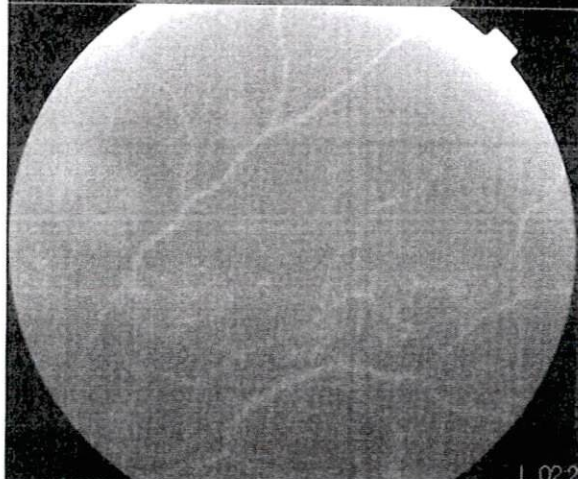
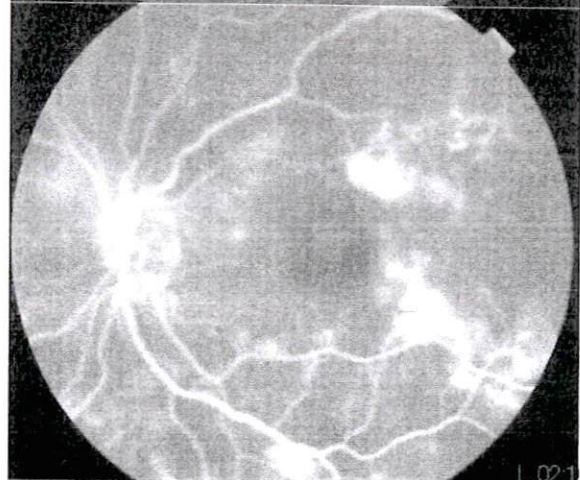
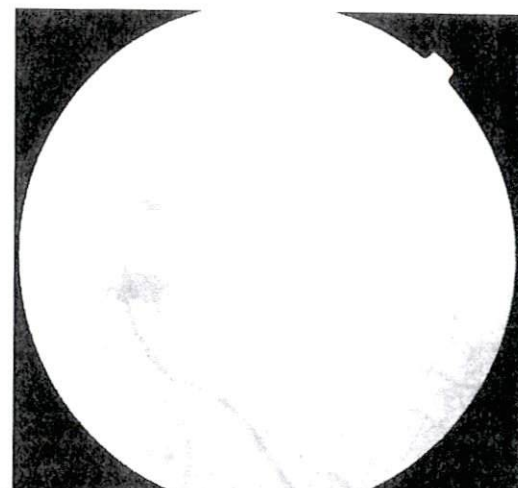
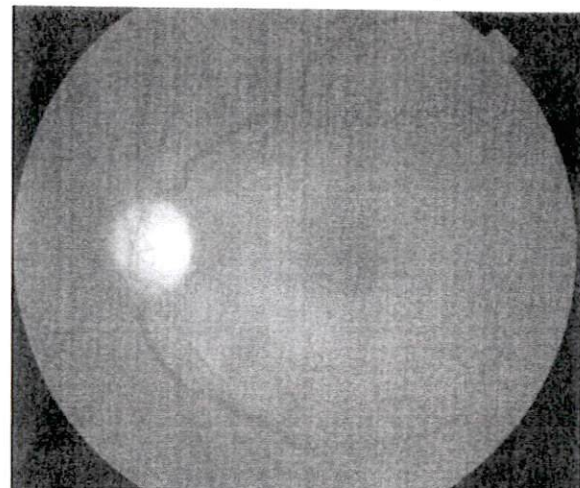


9.00mm Scan Length

# of Averages: 63

Auto Zoom





L 02:100

L 02:250

L 02:400

L 02:550

L 03:310

L 06:100