

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, parodontologie 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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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- 0060613

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : R.A.T.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : ANRANI Rachid
Date de naissance : 02/06/1951
Adresse : 137, Lot Haj Fatch N°5, Oulfa
Tél. : 06 66 19 86 21 Total des frais engagés : 1.685,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14 DEC. 2021
Nom et prénom du malade : M^r ABDELLAOUI Tounsi Age :
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 Le : 28/12/2021
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
4 DEC 2021	Laser ALGOL	K80	1500,00	<i>Ophthalmologiste</i> 400, Bd Brahim Roudani Tél : 022 25.48.88

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Casablanca, le : 14/11/2022 الدار البيضاء في

N^o Abdellouah ~~et~~ AMRANI Touria

1) Theodor coll.

#x3 / 1002

2) Acela coll.

#x3 / 1002



PPV:38DH90

K

Docteur D'KHISSY Mouhssine
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Rouhani
Tél : 022 25.48.88

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

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

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 29 48 36 / 37

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



43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص. و. ح. : 1037680 - رقم التعريف : 01020458 - س. ت. : 74087 - التامنا : 35504150

الهاتف : 05 22 29 48 36 / 37 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 22 12 96

الفاكس : 05 22 22 03 57



Casablanca, le : : الدار البيضاء، في:

FACTURE

N° : 140438 / 2021 du 14/12/2021

Médecin traitant : DR. DKHISSY MOUHSSINE

LASER ARGON

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme ABDELLAOUI TOURIA	PAYANT	14/12/21	14/12/21
AMRANI BOUCHAIB			

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
LASER ARGON		1,00	600,00	600,00
			Sous/Total	600,00
Total clinique				600,00
DR. DKHISSY MOUHSSINE (ophtalmo)		1,00	900,00	900,00
			Sous/Total	900,00
Total autres prestations				900,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	1 500,00
MILLE CINQ 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

Docteur D'KHISSY Mouhssine
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani
Tél : 022 25.48.88

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF : 01020458 - R C : 74087

Patente : 35504150 - ICE : 001540813000088

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

43. شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.م. 1037680 - رقم التعريف : 01020458 - س.ت. 74087 - البناتا : 35504150

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

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

Casablanca, le 13 DEC. 2021

Prière d'hospitaliser

Mr. Mme. Enf. ABD-ELLAOUJE TAYRANI TZOUA

Le 14.12.2021 à 9h heures à jeûn

Diagnostic LASER PASCAL OIT

Prise en charge

Mutuelle Assurance

Nombre de jours d'hospitalisation Prévus

Préparation à l'entrée

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 Brachim Rachidi, 2e Etage
Tél : 05 22 29 48 36 / 37 - Fax : 05 22 22 03 57
CASABLANCA
المصحة - شارع الراشدي - 43

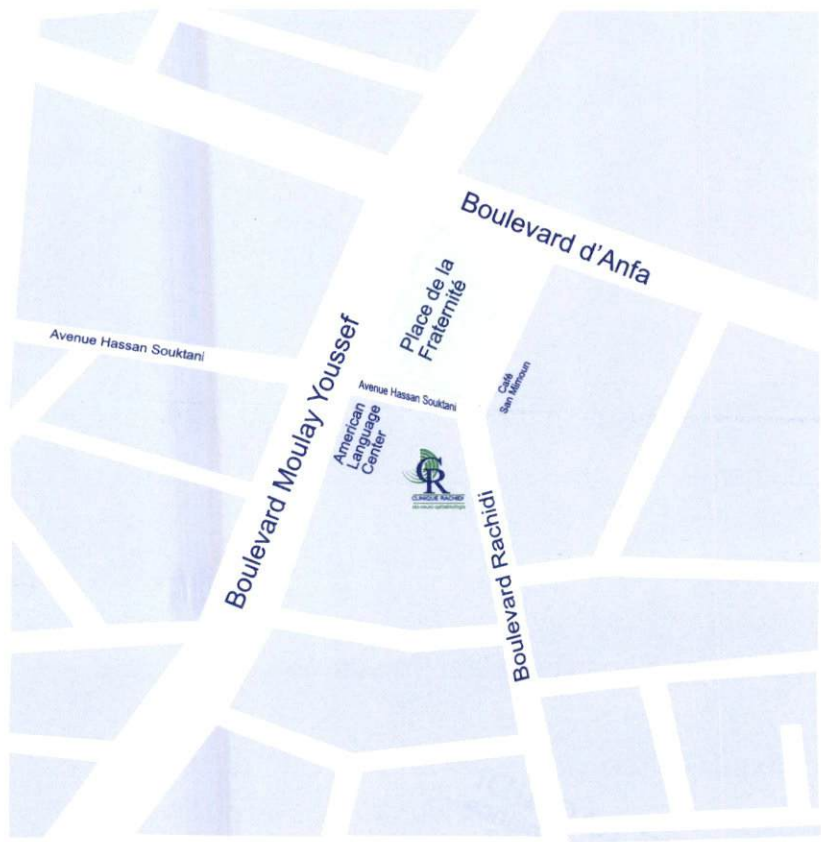
43, Boulevard Rachidi-Casablanca

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43 - 05 22 29 48 36/37
Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com

www.cliniquerachidi.com



الهاتف: 05 22 22 03 57 - الفاكس: 05 22 22 12 96



43, Boulevard Rachidi-Casablanca

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43 - 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

الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 20 92 43 - 05 22 22 12 96
الفاكس: 05 22 22 03 57

59 89 59 178 90

Casablanca, le :

14/12/2024

الدار البيضاء في

Dr. El Mehdi Tounsi

Lors de son

examen

Retinopathie diabolique

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

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA
CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente: 35504150
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 29 48 36 / 37
Fax : 05 22 22 03 57 - Email : rachidi@cliniquerachidi.com



43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص. و. ج.: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س. ت.: 74087 - البانكا: 35504150
الهاتف: 05 22 29 48 36 / 37 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 22 12 96
الفاكس: 05 22 22 03 57