

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

M22- 0014166

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 535 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUZIL Lilliali
Date de naissance : 1945
Adresse : Lots Nour R. 8 N° 8 Hay Hassani
C.P. 20230 Casa -
Tél. : 0661975485 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 16 JAN 2023
Nom et prénom du malade : BOUZIL Lilliali 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.

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) :

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 | Cache et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 17/01/2023 | VK 40 | 300 | 300 | Dr Mouhssine D'KNISSY Ophtalmologiste 400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage 16012 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88 SABLANCA |

✓ 40

17/01/2023 (CPA)

Dr Mohamed D'KNISSY
Ophtalmologiste
100, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
SABLANCA

[illegible][illegible]

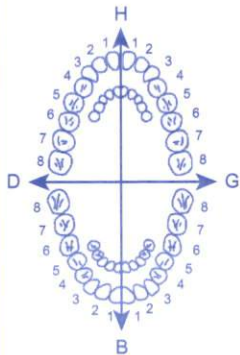
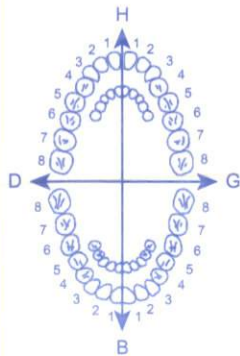
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | |
|  | <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D G</p> <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 | | |
|---|--|-------------------|---------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
|  | | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| | H | |
| | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| | B | |

A diagram of a human head in profile, facing right. The head is outlined with a series of small circles. A vertical line passes through the center of the head, with an arrow pointing up labeled 'H' and an arrow pointing down labeled 'B'. A horizontal line passes through the center of the head, with an arrow pointing left labeled 'D' and an arrow pointing right labeled 'C'. Eight numbered points are marked on the head: 1 is at the top of the head; 2 is on the forehead; 3 is on the temple; 4 is on the cheek; 5 is on the jawline; 6 is on the chin; 7 is on the neck; and 8 is on the back of the head.

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Maha IRAQI

Ophtalmologiste

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
Ex. médecin à l'Hôpital Al Hassani
Diplôme d'OCT en Ophtalmologie
Diplôme de Chirurgie Réfractive
et de Phacoémulsification à l'Université
de Toulouse
Diplômé d'Oeil et Médecine Interne
et de Neuro-Ophtalmologie
Diplôme de Contactologie à l'Université
de Bordeaux



الدكتورة عراقي مها

إختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

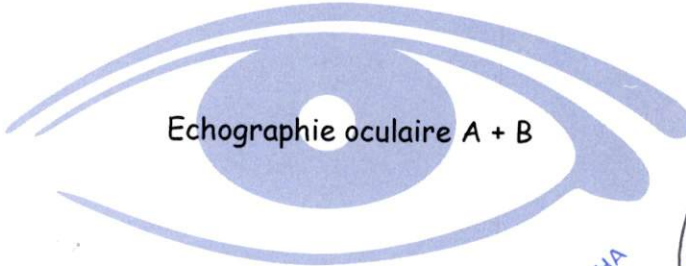
طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le

12 janvier 2023

Mr. BOUJLIL JILLALI

Cataracte ODG sur Glaucome



Echographie oculaire A + B

Dr. Moushine D. KMISSY
Ophtalmologiste
100, Bd Brahim Rouad, 2e Etage
CASABLANCA
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88

Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tél: 05 22 91 13 38
Gsm: 06 78 75 89 89

سميتي أوفيس - شارع واد لو - حي مسيمي - الطابق الثالث - مكتب س 6 - (مقابل مرجان الحي الحسني) - الدار البيضاء
City Office - Bd. Oued Laou - Quartier Missimi - 3 ème Etage - Bureau C6 - (en face Marjane Hay Hassani) - Casablanca
Tél : 05 22 91 13 38; الهاتف : GSM : 06 78 75 89 89; المحمول : E-mail : iraqimaha@yahoo.fr; البريد الإلكتروني :

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

16 JAN 2023

NOTE D HONORAIRE

NOM PRENOM : Mr. BOUJLIL JILLALI

ACTE : K40

MONTANT : 500.00DHS (CINQ CENTS DHS)

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

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 1329 / 2023 du 17/01/2023

Nom patient **BOUJLIL JILLALI**
PAYANT

Entrée 17/01/2023
Sortie 17/01/2023

CPA

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|

| | | | | |
|----------------|-----|------|------------|--------|
| FRAIS CLINIQUE | CPA | 1,00 | 150,00 | 150,00 |
| | | | Sous-Total | 150,00 |
| Total Clinique | | | | 150,00 |

| | | | | |
|------------------------------------|-----|------|------------|--------|
| DR. BERRADA OUISSAM (anesthésiste) | CPA | 1,00 | 150,00 | 150,00 |
| | | | Sous-Total | 150,00 |
| Total Autres prestations | | | | 150,00 |

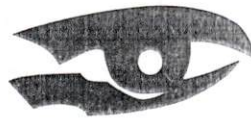
| | | |
|---|-------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS | | |

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA



Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

18 JAN. 2023

Nom : BOUJLIL

Prénom : JILLALI

MEDECIN TRAITANT : DR IRAQI

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

OEIL DROIT

BIOMETRIE :

Longueur axiale : 23.06 mm

P Implant : 20.5 D (A/118)

P Implant : 21.5 D (A/119)

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène

ECHOS VITREENS POSTERIEURS

OEIL GAUCHE

BIOMETRIE :

Longueur axiale : 23.06 mm

P Implant : 20.5 D (A/118)

P Implant : 21.5 D (A/119)

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène

ECHOS VITREENS POSTERIEURS

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

400, Bd Brahim Roudani – Casablanca -Tél : 0522 25 48 88 - / 0522 25 70 88 - ICE 002224103000076

400, شارع إبراهيم الروداني – الدار البيضاء – الهاتف : 0522 25 48 88 - / 0522 25 70 88