

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-002981

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

160740 ☐ 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 : Bouchenouf Rue 52 n° 15

Tél : 068986433 Total des frais engagés : 10000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sanae AGOUZAL  
Anesthésiste - Réanimateur

Date de consultation : 09/05/2023

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

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CRA

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

## 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




# 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
09.05.2013	2x ECO		25000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10.05.13	B90	165.60
	11.05.13	K40	600000H5

# AUXILIAIRES MEDICAUX

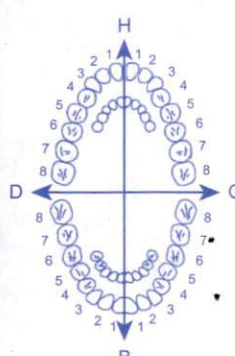
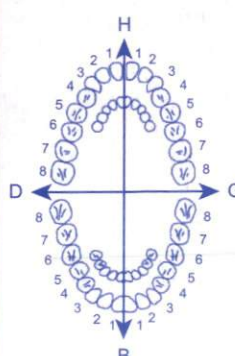
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. AGOUZAL Sanae**

Anesthésiste - Réanimateur  
Diplômée de la faculté de  
médecine de bordeaux  
Diplôme d'Echo-cardiaque  
de l'université Paris V Descartes

دكتورة أكوزال سناء

طبيبة التخدير و الإنعاش  
تخرج من كلية الطب ببوردو  
دبلوم تخطيط صدى القلب  
من جامعة باريس V ديكرات

Casablanca, le :

9.5.2023

72

EZZAHIR ALI

LABORATOIRE HAIZOUN  
D'ANALYSES MEDICALES  
396, Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC  
Tél : 0522 28 10 61 - GSM : 0696 05 74 73  
E-mail : haizouna.dl@orange.ma

Uree - creat  
Glycémie

LABORATOIRE HAIZOUN  
D'ANALYSES MEDICALES  
396, Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC  
Tél : 0522 28 10 61 - GSM : 0696 05 74 73  
E-mail : haizouna.dl@orange.ma

Dr. Sanae AGOUZAL  
Anesthésiste - Réanimateur  
CLINIQUE RACHIDI  
43, Bd. Rachidi - Casablanca

مصحة الراشدي - 43, شارع الراشدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 29 48 36 - 05 22 20 92 42 - 05 22 22 12 96 - الفاكس : 05 22 22 03 57

Clinique RACHIDI - 43, Boulevard Rachidi-Casablanca tél : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42 - 05 22 29 48 36 Fax : 05 22 22 03 57

Email : zagouzal@hotmail.com

ICE : 002276327000020

INPE : 091187054

**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 .....

11 MAI 2023

NOTE D HONORAIRE

NOM PRENOM : Mr. EZZAHIR Ali

ACTE : K40

MONTANT : 600.00DHS (SIXCENTS DHS)

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél: 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - ICE 002224103000076  
Ophtalmologiste  
Mouhssine D'KHISSY



# LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES

396 Bd. El Fida 1er étage  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 28 10 61

**Dr HAIZOUN Adil**  
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Nancy (FRANCE)  
Spécialiste en Biologie Médicale

Casablanca le 10 mai 2023

Monsieur EZZAHIR ALI

FACTURE N°	61947
------------	-------

Analyses :			
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	Total : B 90

Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	

TOTAL DOSSIER		145,60 DH
---------------	--	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Cent Quarante Cinq Dirhams et Soixante Centimes

C.E.: 0015760400000044  
INDE : 002060828

LABORATOIRE HAIZOUN  
D'ANALYSES MEDICALES  
396, Bd. El Fida, CASABLANCA - Maroc  
Tél. : 0522 28 10 61 - GSM : 0696 05 74 73  
E-mail : haizounadil@menara.ma



Hématologie - Biochimie - Bactériologie - Mycologie - Parasitologie - Immunologie  
Virologie - PMA (Biologie de la Reproduction : IAC, FIV, ICSI) Cryoconservation

**Docteur HAIZOUN Adil**  
**BIOLOGISTE**

- Diplômé de la Faculté de Nancy (France)
- Spécialiste en Biologie Médicale
- Diplôme de Medecine et Biologie de la Reproduction (Paris VII)

Dossier ouvert le : 10/05/23  
Prélèvement effectué à 09:33  
Edition du : 10/05/23



**Monsieur EZZAHIR ALI**

Réf : 23E455

Page : 1/1

## BIOCHIMIE SANGUINE

			Normales	Antériorité 10/05/16
<u>Glycémie à jeun</u> ----- :	1,16 * g/l		0,7 - 1,1	1,08
Soit :	6,4 mmol/l		3,88 - 6,11	6
<u>Urée</u> ----- :	0,30 g/l		0,15 - 0,45	0,36
Soit :	5 mmol/l		2,5 - 7,5	6
<u>Créatinine</u> ----- :	12,2 mg/l		6 - 13	
Soit :	108 µmol/l		53 - 115	

**Ouverture :**  
**Tous les jours**  
**de 7h à 19h,**  
**Samedi**  
**de 7h à 13h**

**Prélèvements à domicile sur rendez-vous**

396, Bd. El Fida Casablanca - Maroc - Tél. : 05 22 28 10 61 - Gsm : 06 96 05 74 73  
Email : haizounadil@gmail.com

LABORATOIRE HAIZOUN  
D'ANALYSES MEDICALES  
39, Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC  
Tél : 05 22 28 10 61 - Gsm : 06 96 05 74 73  
Email : haizounadil@gmail.com

# Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthlalmologiste

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 و جراحة العيون

Casablanca, le 02 MARS 2023

.Cher Confrère ,

Je me permets de t'adresser MR EZZAHIR ALI  
pour examen pré-anesthésique ,  
Patient devant se faire opérer de CATARACTE OD  
sous anesthésie locale .  
Confraternellement.

Dr Mouhssine D'KHISSY  
Ophthlalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani, 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

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 .....

11 MAI 2023

**Nom : EZZAHIR**

**Prénom : ALI**

**MEDECIN TRAITANT : DR DKHISSY**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:**

**COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :**

**OEIL DROIT**

**BIOMETRIE :**

Longueur axiale : 23.02 mm

P Implant : 20 D (A/118)

P Implant : 21 D (A/119)

**Echographie(B) :**

**SONDE 10 MHZ /20 MHZ**

Cristallin échogène

VITRE TRANSONIQUE

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



**CABINET****DR D'KHISSY MOUHSSINE**

400 BOULEVARD BRAHIM ROUDANI - 20330 CASABLANCA - MAROC

Tél. : 0522254888 - Fax: - Email : dkhissym@yahoo.fr

**Patient: Ezzahir Ali****N° de dossier:**

Adresse: -

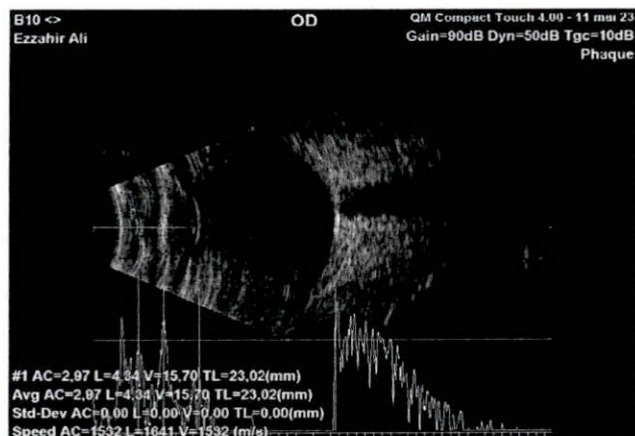
Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1948

Tél.:

**Oeil: OD**

Date d'examen: 11 mai 2023



	Phaque		Œil Normal	
Mesure Sélectionnée	C.A.(mm)	C.(mm)	V.(mm)	L.T.(mm)
m/s	1532	1641	1532	
#1	2,97	4,34	15,70	23,02
Avg	2,97	4,34	15,70	23,02
Stat-2	2,97	4,34	15,70	23,02
Std-Dev	0,00	0,00	0,00	0,00

Valeurs sélectionnées pour le calcul LIO		#1	C.A.: 2,97 mm	C.: 4,34 mm	L.T.: 23,02 mm
K Mesuré		K1: 7,38 mm @ 0° - K2: 7,57 mm @ 0°			K: 45,15 D
Données de Réfraction		Sphère: 0,00 D - Cylindre: 0,00 D @ 0°			

IOL 115.00 A - A = 115,000	IOL (D)	Refract. (D)
<b>SRK-T</b>	15,00	1,38
A= 115,000	15,50	0,99
	16,00	0,60
	16,50	0,20
<b>Emme: 16,75 D</b>	17,00	-0,20
	17,50	-0,61
Ame: 0,00 D	18,00	-1,02
	18,50	-1,44
<b>IOL Ame: 16,75 D</b>	19,00	-1,86

IOL 118.00 P - A = 118,000	IOL (D)	Refract. (D)
<b>SRK-T</b>	18,00	1,26
A= 118,000	18,50	0,93
	19,00	0,59
	19,50	0,25
<b>Emme: 19,86 D</b>	20,00	-0,10
	20,50	-0,45
Ame: 0,00 D	21,00	-0,81
	21,50	-1,17
<b>IOL Ame: 19,86 D</b>	22,00	-1,53

IOL 118.40 P - A = 118,400	IOL (D)	Refract. (D)
<b>SRK-T</b>	18,50	1,23
A= 118,400	19,00	0,90
	19,50	0,56
	20,00	0,23
<b>Emme: 20,33 D</b>	20,50	-0,11
	21,00	-0,46
Ame: 0,00 D	21,50	-0,81
	22,00	-1,16
<b>IOL Ame: 20,33 D</b>	22,50	-1,51

IOL 118.70 P - A = 118,700	IOL (D)	Refract. (D)
<b>SRK-T</b>	18,50	1,45
A= 118,700	19,00	1,12
	19,50	0,80
	20,00	0,47
<b>Emme: 20,71 D</b>	20,50	0,14
	21,00	-0,20
Ame: 0,00 D	21,50	-0,54
	22,00	-0,88
<b>IOL Ame: 20,71 D</b>	22,50	-1,23

**CABINET**

**DR D'KHISSY MOUHSSINE**

400 BOULEVARD BRAHIM ROUDANI - 20330 CASABLANCA - MAROC

Tél. : 0522254888 - Fax: - Email : dkhissym@yahoo.fr

**Patient: Ezzahir Ali**

**N° de dossier:**

Adresse: -

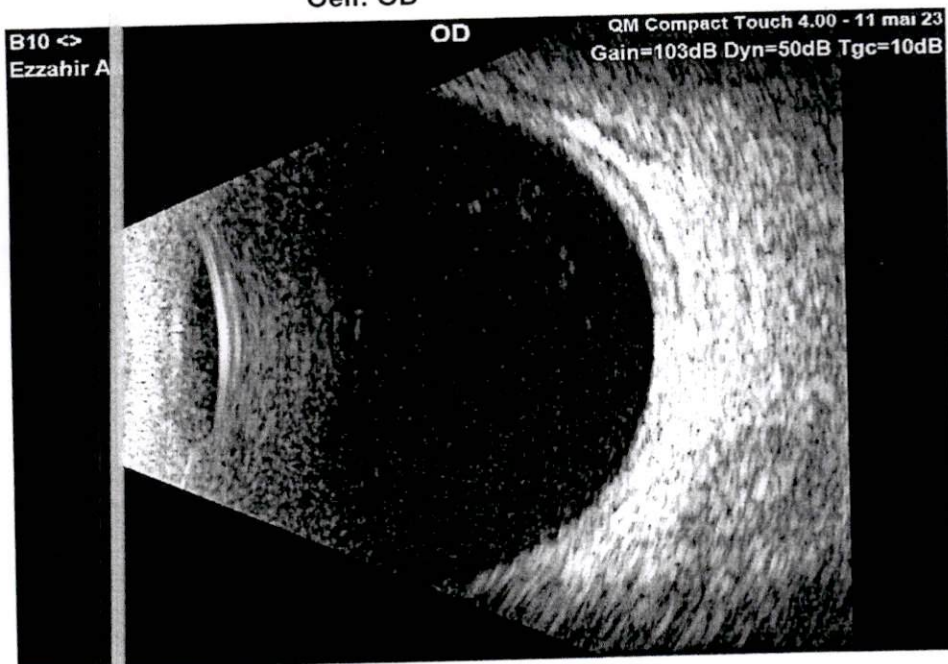
Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1948

Tél.:

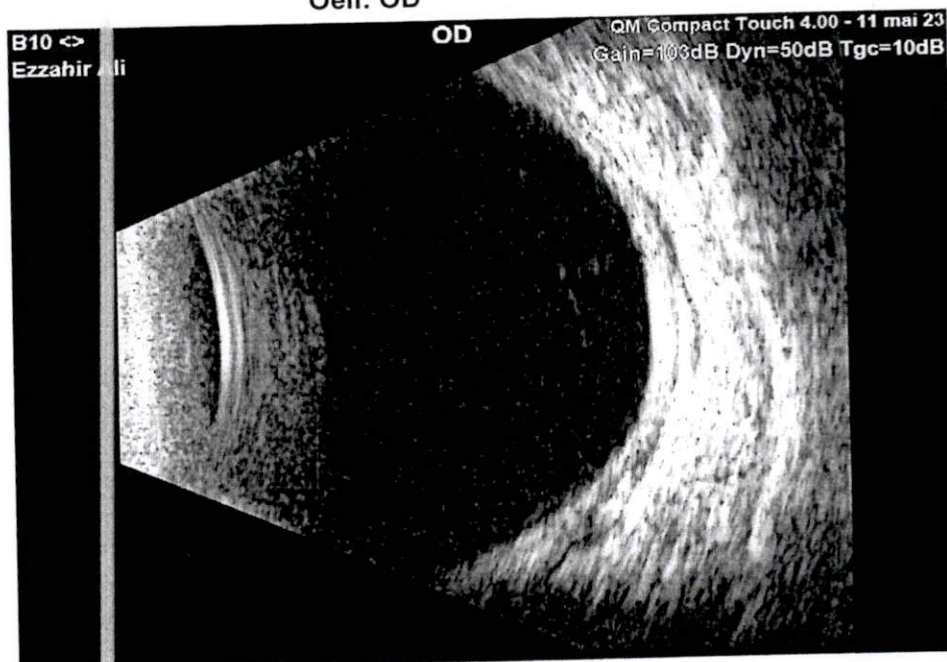
Oeil: OD

Date d'examen: 11 mai 2023



Oeil: OD

Date d'examen: 11 mai 2023





Masculin Oriental

Fréq. ventr. 61 bpm  
Intervalle PR 178 ms  
Durée QRS 74 ms  
QT/QTc 388/390 ms  
Axes P-R-T 54 -2 39

Rythme sinusal normal  
ECG normal

technicien:  
Indications:

Référé par:

Non validé

