

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

206358

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4623

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SADDIS LHOUSSINE

Nature de
la maladie
adhérent

Date de naissance : 5/12/1946

Adresse : VILLA N°36 lot OCEAN AIR BOUJEDDA CASA
Télé. 06 70 11 68 51 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SADDIS LHOUSSINE

Age : 78 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

[Redacted signature area]

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
17/05/2024	Dr. Khalifa Ben Yakkha	2024	300.00	PT. A. JAAFAARI Spécialiste en Anesthésie Réanimation NPE : 101220363 Général Chirurgie Générale Oftalmologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		13120.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

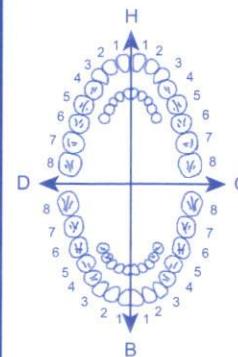
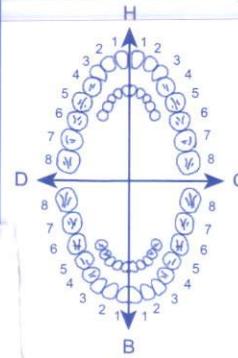
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Pr. BOUAZZA MOHAMED	20/05/2024					Biométrie

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'ODF.

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			Coefficient des Travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	MONTANTS DES SOINS
	G	00000000 00000000 35533411 11433553	B	DATE DU DEVIS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

Nom : **SAOUS, LHOUSSINE**

ID : 2400883959

Date de naissance : 05/12/1946

Date de mesure : 20/05/2024

Opérateur : **Hopital Cheikh khalifa**

Formule : SRK®/T

Réfraction cible : 0 D

n : 1.3375



Vérifier la plausibilité des valeurs de mesure, car des modifications pathologiques sont possibles !

OD
droite

AL : 22.62 mm (SNR = 150.0)
R1 : 7.68 mm / 43.95 D x 105°
R2 : 7.27 mm / 46.42 D x 15°
R / ES : 7.47 mm / 45.19 D
Cyl. : 2.47 D x 15°

OS
gauche

AL : 22.65 mm (SNR = 113.1)
R1 : 7.88 mm / 42.83 D x 88°
R2 : 7.38 mm / 45.73 D x 178°
R / ES : 7.63 mm / 44.28 D
Cyl. : 2.90 D x 178°
ACD : 2.61 mm

État : Phaque

État : Phaque

Bausch&Lomb Akreos
Adapt-AO

artrisan face post

Bausch&Lomb Akreos
Adapt-AO

artrisan face post

Const. A : 118.40

Const. A : 117.00

Const. A : 118.40

Const. A : 117.00

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
23.0	-0.96	21.5	-1.20
22.5	-0.61	21.0	-0.82
22.0	-0.26	20.5	-0.44
21.5	0.09	20.0	-0.06
21.0	0.43	19.5	0.30
20.5	0.77	19.0	0.67
20.0	1.10	18.5	1.03

IOL emm  e. : 21.63

IOL emm  e. : 19.91

IOL emm  e. : 22.47

IOL emm  e. : 20.72

Alcon AcrySof MA60AC

Bausch&Lomb Akreos
Adapt-AO

Alcon AcrySof MA60AC

Bausch&Lomb Akreos
Adapt-AO

Const. A : 119.20

Const. A : 118.40

Const. A : 119.20

Const. A : 118.40

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
24.0	-0.87	23.0	-0.96
23.5	-0.53	22.5	-0.61
23.0	-0.19	22.0	-0.26
22.5	0.14	21.5	0.09
22.0	0.47	21.0	0.43
21.5	0.79	20.5	0.77
21.0	1.11	20.0	1.10

IOL emm  e. : 22.71

IOL emm  e. : 21.63

IOL emm  e. : 23.57

IOL emm  e. : 22.47

(* = modification manuelle, ! = Valeur incertaine !)



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

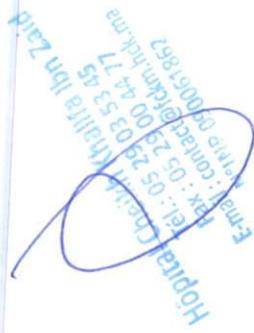
Reçu de caisse*MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 24052008453927901 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400883959	SAOUS LHOUSSINE	20/05/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	7503821 Lui-même	500,00
PAYANT	Total payé	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SOF. OUB



Date 20/05/2024

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2400883959	18
Nom patient	SAOUS LHOUSSINE	
Médecin	PR. BOUAZZA MOHAMED <i>Ophtalmologie</i>	
Prestations		
	BIOMETRIE OPTIQUE IOL MASTER	
Encaissement	0,00 PAYANT	<i>Visa accueil</i> SOF. OUB 08:24

chèque

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 25
Fax : 05 29 00 41 77
Email : contact@hop-khalifa.dz
A/C N° 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 20/05/2024

Numéro : 78 223



090061862

Nom patient : SAOUS LHOUSSINE

Médecin : PR. BOUAZZA MOHAMED
Ophtalmologie

2400883959

PAYANTS

	Montant
BIOMETRIE OPTIQUE IOL MASTER	500,00
Total	500,00

Arrêtée la présente à la somme de :
CINQ CENTS DIRHAMS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
Email : contact@hckz.dz
N°INP 090061862



وصفة طبية
Ordonnance

M. SAOUI
LMOUSSINE

Casablanca, le :

17/12/24

Amel Sy
le malin
sy hr

PT. A. JAAFARI
Spécialiste en Anesthésie
Réanimation
INPE : 101220663



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Pr BOUAZZA MOHAMMED
professeur Assistant / Chef de service
Ophtalmologie
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
122 200 CASABLANCA

Casablanca, le :

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خايفية

4
10
30/1/24

وصفة طبية

Ordonnance

N° Sures Hosseine

Cher Collègue

Patient Diabétique
présente une cataracte
due à ses ALR.

⇒ CLA

Cordialement

Pr BOUAZZA MOHAMMED
professeur Assistant / Chef de service
Ophtalmologie
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
122 200 CASABLANCA



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خليفه



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BOUAZZA MOHAMMED
Professeur Assistant / Chef de service
Ophtalmologie
Casablanca, le :
131225584

وصفة طبية

Ordonnance

30/01/24

N° Lhoussine
Sous

Projet

(Caracte de)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BOUAZZA MOHAMMED
Professeur Assistant / Chef de service
Ophtalmologie
131225584

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 30/01/2024

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2400820945	219
Nom patient	SAOUS LHOUSSINE	
Médecin	PR. BOUAZZA MOHAMED <i>Ophtalmologie</i>	
	Prestations CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	
Encaissement	300,00 PAYANT	Visa accueil SOF.oub 10:52

chèque

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: +212 29 00 33 45
Fax: +212 29 00 44 77
Email: contact@hck.men.dz
Siret N° 090067862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 77 463 / 2024 du 17/05/2024

Nom patient : SAOUS LHOUSSINE

Entrée 17/05/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 17/05/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240517105700NA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400883237	SAOUS LHOUSSINE	17/05/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	038540 Lui-même	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : NAD ELB

REÇU EN CAISSE
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
CASABLANCA
N° : 240517105700NA / .
Date : 17/05/2024
Montant : 300,00 Dhs
Patient : SAOUS LHOUSSINE
Référence : 038540
Mode de paiement : CarteB
Signature : NAD ELB



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Sous la tutelle de S.M le Roi

17/05/24

10:56:19

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000031010

VISA

SAOÙS LHOUSSINE /

405525*****9275

10/26 CARTE PREMIUM

201-0-0000-1-44

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08170033

Num Transaction : 000006

Num Autorisation : 827942

Num STAN : 038540

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74