

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horlog
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

206358

Déclaration de Maladie

M23- N° 0041753

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4623 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SADDUS LHOUSSEINE
Date de naissance : 5/12/1946
Adresse : VILLA N°36 lot OCEAN JAR BOUZZA CAS
Tél. 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 : SADDUS LHOUSSEINE 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) :

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
14/05/2024	CEA	5	300,00	Dr. A. JAAFARI Spécialiste en Anesthésie Réanimation INPE : 101220966

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 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																
	<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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		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, LHOSSINE 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°	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	OS gauche
État : Phaque		État : Phaque	
Bausch&Lomb Akreos Adapt-AO		Bausch&Lomb Akreos Adapt-AO	
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 emmé. : 21.63		IOL emmé. : 19.91	
Alcon AcrySof MA60AC		Bausch&Lomb Akreos Adapt-AO	
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 emmé. : 22.71		IOL emmé. : 21.63	
Alcon AcrySof MA60AC		Bausch&Lomb Akreos Adapt-AO	
Const. A : 119.20		Const. A : 118.40	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
25.0	-0.99	24.0	-1.10
24.5	-0.64	23.5	-0.74
24.0	-0.29	23.0	-0.38
23.5	0.05	22.5	-0.02
23.0	0.38	22.0	0.33
22.5	0.72	21.5	0.68
22.0	1.05	21.0	1.02
IOL emmé. : 23.57		IOL emmé. : 22.47	

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

Optical Université Internationale de Khoulifa
 Pr BOUAYZA MOUADIA
 Professeur Agrégé-chef de service-Ophtalmologie
 13720568

Reçu de caisse

N° : 2405200845392790 / 1 / 0

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400883959	SAOUS LHOSSINE	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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
Email : contact@cdcm-hk.ma
Tél : 05 29 03 44 77

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 20/05/2024

BILLET D'ADMISSION

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

cheg

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 49 03 53 59
Fax: 05 49 00 4 77
E-mail: contact@hkhz.gov.tn
N° imp 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 20/05/2024
Numéro : 78 223



090061862

Nom patient : SAOUS LHOSSINE

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 22 89 28 54
E-mail : contact@hkhz.gov.qa
N° INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية
Ordonnance

M. SAOUS
Lhoussine

Casablanca, le :

17/15/24

Amel 5y
le malade
4y / m

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة

30/1/24

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

Pr BOUAZZA MOHAMMED
Professeur Assistant / Chef de Service
Ophtalmologie
134706894

Dr. Souss Lhoussine

Cher Collègue

Patient Diabétique
présente une Colaracte
OC^{dro} = sous ALR.
→ CPA

Coordonné

Pr BOUAZZA MOHAMMED
Professeur Assistant / Chef de Service
Ophtalmologie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية

Ordonnance

30/01/24

N° Lhoussine
Saoud

Dromedaire


(Caracte etc de)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BOUAZZA MOHAMMED
Professeur Assistant / Chef de Service
Ophtalmologie
134205684

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 30/01/2024

BILLET D'ADMISSION

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

chèque

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 23 67 53 45
Fax : 23 60 44 77
E-mail : contact@hkhk.m
N°INP 090067862

FACTURE

N° 77 463 / 2024 du 17/05/2024

Nom patient : SAOUS LHOSSINE

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	300,00
			Sous-Total	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 LHOSSINE	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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
F-mariage
N° 240517105700NA
17/05/2024



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SCIENCE ÉDUCATION RECHERCHE

17/05/24

10:56:19

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A00000000031010

VISA

SAOÛS 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