

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
M23-002097

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 664 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEGGAG - MALIKA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 081 119 39 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
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



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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"/>																			
Montant des soins <input type="text"/>																			
Début d'exécution <input type="text"/>																			
Fin d'exécution <input type="text"/>																			
O.D.F. Prothèses dentaires																			
	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																	
		Fin d'exécution <input type="text"/>																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

VOLET ADHERENT		NOM : <u>MEGGAG MALIKA</u>	Mle <u>00644</u>
DECLARATION N°		P 14 / 0054337	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<u>03/04/23</u>	<u>112,00</u>	<u>3</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0054337

DATE DE DEPOT
03/04/2013

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>00644</u>	Signature de
Nom & Prénom <u>MEGGAG MALIKA</u>			
Fonction	Phones <u>0681.11.09.39</u>		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>MEGGAG MALIKA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>19</u> ans
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>Affectation orale</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>K2</u> <u>422 d'ég.t.</u>	<u>K2</u>	<u>1500/00</u>	
PHARMACIE	Date <u>23/03/23</u>		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Dr. Mohammed Adib CHOUKAILI

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Ex ophtalmologiste des hôpitaux de spécialité
de Casablanca.

CHU Averroès Hôpital 20 Août 53.

Hôpital Moulay Youssef (Soufi)

Hôpital Sidi Othmane.

Hôpital Bouhass (My Hassan).

Membre de la société française

d'ophtalmologie (Paris)

Microchirurgie de la cataracte (Phaco-émulsification)

Strabisme-Rétine-Chirurgie de la Myopie - Angiographie

Laser-échographie - lentilles de contact.



خبير محلف لدى المحاكم

الدكتور محمد أديب الشقيلي

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب العيون سابقا بمستشفيات الإختصاصات بالدار البيضاء

المركز الصحي الجامعي ابن رشد مستشفى 20 غشت 53

مستشفى مولاي يوسف (الصوفي)

مستشفى سيدي عثمان

مستشفى محمد بومافي (مولاي الحسن)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون بباريس

طب الحول. داء العينين بالسكري وارتفاع الضغط (المياه الزرقاء)

أمراض الشبكية وجراحة العيون بالأموح فوق الصوتية

جراحة تصحيح النظر بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, le : 23/03/23

M^e MEGRAH Melika

2460 y Frikha el x y

2080

y Frikha el x y / 12

2200 x 3

3/ L'endopline se e le d'end



Tél: 0522 37

PHARMACIE JAMILA
336, Av. Commandant Driss El Harti
Casablanca
Diplôme de PARIS



Dr. Mohammed Adib Choukaili
OPHTALMOLOGISTE
336, Bd. Commandant Driss El Harti
Cité DJEMAA - Casablanca

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ
6118001270118
PPV : 24,60 DHS

LOT/عيار H7704
FAB/ تاريخ الإنتاج 10-2021
EXP/ تاريخ الانتهاء 09-2023

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

Codoliprane®
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeïne 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES
6 118000 040217

PPV 22DH20
PER 10/24
LOT L3662

Codoliprane®
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeïne 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES
6 118000 040217

PPV 22DH20
PER 07/24
LOT L2590

Codoliprane®
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeïne 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES
6 118000 040217

PPV 22DH20
PER 06/24
LOT L1953

La facture 1500DH
et
Le compte rendu



Casablanca, le 23/03/2023

M = MEGGAG Melike

Expt Rech :
- œil dnt, Anette bach
- ex de kyste de papie syne d / 60
- sct a vngl 7/6
- Desfete + point oechy

Facture

- Hm Jou. ex de kyste de papie - 15000
stiff cing catshite

Dr. Mohammed Adib Choukaïli
OPHTALMOLOGISTE

336, Bd Commandant Driss El Harti
Cité Djemaâ - Casablanca
Tél.: 022 37 68 68

PHARMACIE JAMILA
DR LAHLOU FILALI ABDALLAH
326, AV CDT DRISS EL HARTI CITE DJEMAA CASABLA

Tél : 0522372107

Patente N°: 33935810
N° R.C. :
Compte :
CNSS :
Id.Fiscale :
ICE : 001632599000022

Le : 03/04/2023

MEGGAG MALIKA



FACTURE : 16194 du : 03/04/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	CODOLIPRANE 400/20 MG /16 C	22,20	66,60	7,00%
1	FRAKIDEX COLLYRE	24,60	24,60	7,00%
1	FRAKIDEX PDE OPHTAL	20,80	20,80	7,00%
Total TTC			112,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de :CENT DOUZE DIRHAMS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	104,67	7,33	112,00
		104,67	7,33	112,00

