

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6164* Société : .....  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
Nom & Prénom : *ME GAG - MALIKA*  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. : *0611110939* Total des frais engagés : ..... Dhs *156732*

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

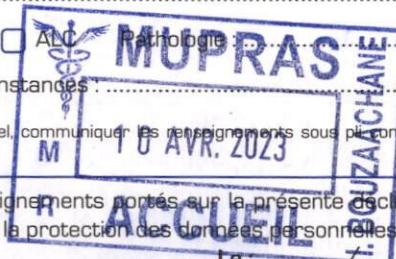
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : .....

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
DROITE	GAUCHE				
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28				
HAUT					
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32	38 37 36 35 34 33				
BAS					
DROITE	GAUCHE				
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28				
HAUT					
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32	38 37 36 35 34 33				
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire				
DROITE	GAUCHE	H			
11 12 13 14 15 16 17 18	22 23 24 25 26 27 28	25533412 00000000	21433552 00000000	G	
HAUT					
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32	38 37 36 35 34 33	00000000 35533411	00000000 11433553		
BAS					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution				

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00644	
Nom & Prénom : <b>MEGGAG MALIKA</b>			
Fonction	Phones	0681.11.09.39	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient	<b>MEGGAG MALIKA</b>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 1968 Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
K <sub>20</sub> Un dikt.	K <sub>20</sub>	1500/00	
PHARMACIE	Date 23/03/23		
Montant de la facture	Mille		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date	CACHET	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX	Date	CACHET	
Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM PC IM IV			

**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 Bougâa (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.

**الدكتور محمد أديب الشقيلي**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب العيون سابقاً مستشفى الإختصاصات بالدار البيضاء

المركز الصحي الجامعي ابن رشد مستشفى 20 غشت 53

مستشفى مولاي يوسف (الصوفى )

مستشفى سيدى عنان

مستشفى محمد بوعزي (مولاي الحسن)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون بباريس



خبرير محلل لدى المحاكم

طب العين، داء العينين بالسكري وارتفاع الضغط (المياه الزرقاء)

أمراض الشبكية وجراحة العيون بالأمراض فوق الصوتية

جراحة تصحيح النظر بالليزر - العدسات اللاصقة

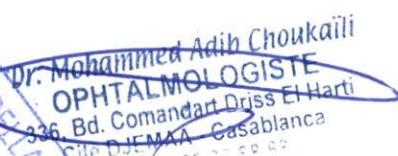
Casablanca, le : 23/03/23

M = MEGRAF Melika

246° y Fréquence 4000

808° y Fréquence 4000 / 12

9280 X3 3/ Endolymphite et le drenage



05 22 37 68 68 شارع الكومندرار - ادريس الحارثي - قرية الجماعة - الطابق الثاني - البيضاء - الهاتف :

336, Bd Commandant Driss El Harti, Cité Djamaâ - Casablanca - Tél.: 05 22 37 68 68



La facture 1500DH  
et  
Le compte rendu

---



Casablanca, le 23/03/2023

M = MEGGA G Melika

Enfant Adib :

- self dits : Amelie bache
- qu'il a kyste de papineau à l'œil
- sur un œil %
- Despert + pecto oculif

Facture

- Hôpital pour cure de kyste de papineau à l'œil  
T.F.P. comme Catechif.

1500DH

Dr. Mohammed Adib Choukaïli  
OPHTHALMOLOGISTE  
336, Bd Commandant Driss El Harti  
Cité Djemaa - 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

