

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions

- Le nom de 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05110 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Montkhalis Najia

Date de naissance :

01-02-1958

Adresse :

184 Lot al adarissa , midi Maârouf  
casablanca

Tél. : 0628328270 Total des frais engagés : 545,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12/10/2023

Nom et prénom du malade :

Montkhalis Najia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 : Marrakech

Le : 12/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Najia

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/10/23				<i>(Signature)</i>
12/10/23			500 DH	<i>(Signature)</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/10/2023	500 DH

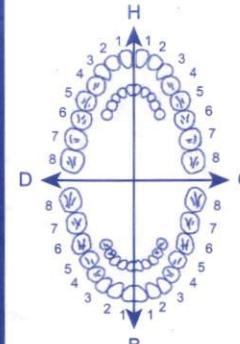
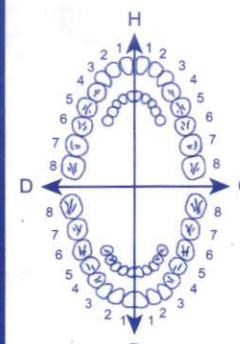
## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant les numéros correspondants sur la grille dentaire.															
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire.															
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>															
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
MONTANTS DES SOINS															
COEFFICIENT DES TRAVAUX															
DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



وصفة طبية  
Ordonnance

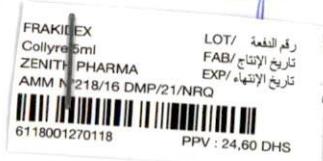
12/10/23

Casablanca, le

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Assistant Opticien Service  
Pr. BOUAZZA MOHAMMED  
BP 1205684 Casablanca  
Tunisie



24.6



Amel Aokhiss Najia

Ep. Zaari

(006)

①

Fratkidec

o/

(75)

20.8

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

31/

de (75) (15)

②

Fratkidec

de

(75)

W.M.

topp le soir

(15)

③

Lavage oculaire  
au serum Physiologique x2/7.

(15)



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

12/10/93

Dr Nour Khles Nacira  
organisation utérine

=> Échographie  
Oculaire



MOKHILISS, NAJIA  
OD 1/1/1963

Oct 12, 2023  
13:28:32



MOKHLISS, NAJIA  
OD 1/1/1963

Oct 12, 2023  
13:28:56



MOKHLISS, NAJIA  
DD 1/1/1963

Oct 12, 2023  
13:29:02



Casablanca, le jeudi 12 octobre 2023

## Compte rendu Echographie oculaire au mode B

Identification du Patient	Information sur le Séjour
Nom : MOUKHLES	Médecin traitant : Pr BOUAZZA MOHAMED
Prénom : Najia Ep Zaari	Service d'hospitalisation : Ophtalmologie
Age : 65 ans	IPP du patient : 171122162231GH
Sexe : Féminin	NDA séjour : 2300761061

- Contexte :
  - Hyalite OD
  -
- Compte Echographie B
  - OD :
    - Cristallin anéchogène
    - Vitré siège d'une organisation dense occupant les ¾ de la cavité, très hyperechogène constituée de plusieurs petites masses arrodiées
    - Rétine à plat
  - OG :
    - Cristallin anéchogène
    - Vitré trans-sonore
    - Rétine à plat
- Conclusion :
  - Organisation vitréenne dense pouvant évoquer une hyalopathie astéroïde





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 18.10.2013

Quittance - Paiement espèces 0819397

IPP : .....

N° D'admission : 830261281 Montant : 5000 M

Patient : NOUKHLES NAJIA ZRABRI

Payé par : .....



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 12/10/2023  
Numéro : 143 139



Nom patient : MOUKHLES NAJIA EP ZAARI

Médecin : PR. BOUAZZA MOHAMED  
*Ophtalmologie*

2300761281

PAYANTS

	Montant
ECHOGRAPHIE DE L'ŒIL EN MODE B	500,00
Total	500,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> <b>CINQ CENTS DIRHAMS</b>	

Hopital Cheikh  
Tel.: 0522892854  
Fax.: 0522892854  
E-mail: 0522892854  
N°INP: 090061862  
N°ICE: 001740003000026