

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.

Biologie 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.

Educational :

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 canaux, 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 canaux.

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

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

N° P19-0047953

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SKALI FAROUK
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0644282498 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : EL ALAoui BAHJA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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) :



SOINS ET PROTHÈSES 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																									
				Montant des soins																									
				Début d'exécution																									
				Fin d'exécution																									
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				00000000	00000000				35533411	11433553					Montant des soins
	H			G																									
	25533412	21433552																											
00000000	00000000																												
00000000	00000000																												
35533411	11433553																												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																										
			Fin d'exécution																										
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Visa et cachet du praticien</div> <div>attestant l'exécution</div> </div>																													

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	P 17 / 0066513	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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 17 / 0066513

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 714	
Nom & Prénom		SKALI FAROUK	
Fonction	Reliante	Phones 0644 282438	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		EL ALAOUI BAHJA
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date	
		Date 1ère visite	
Affection oculaire			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
3		3000M	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PG	IM	IV
05 SEP. 2018		K40	600M

Dr Monksine D'KHISSE
 100, Bd. Brahim Roudani, 2e Etage
 Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
 CASABLANCA

20 قصصا

talmologie
 ie des Yeux
 té de Médecine
 ASABLANCA
 Nantes (France)
 e l'Oeil
 ulsification
 tilles de Contact
 ctive
 erospatiale

asablanca le :

250 ملغ [Ⓟ] **لايسينون**
اطامسيلات

20 قرصا

36.70

جراحة الشبكية - جراحة تصحيح

جراحة الحول

6-9-019

Sikali Bolep

$$\frac{3670 \times 3}{10,10}$$

Dicyanide

141, Bd.
Yacoub El Manssour
CASERBLANCA

rep $\propto 31 \gamma \propto 10$

ديسينون[®] 250 ملغ
اطامسلات

20 قرصا

36, 70

ubia,

; 22 99

INDOCOLLYRE® 0,1%
collyre en solution

INDOCOLLYRE 0.1%

ZENITH PHARMA
PPV : 58,00 DHS
AMM N° 270 DMP/21/NRO

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex. Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aérospatiale

الأستاذة لعويسي. ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواف فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca le :

3-9-019
SKALLI Badit

Hemophthalmos
OG

echo pour oculom

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tél/Fax: 05 22 99 46 00

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmogiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 05 SEP. 2019

Docteur D'KHISSY Mouhssine
Ophthalmogiste
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
Tél: 0522 25 48 88
Nom: EL AHOUCHE
Prénom: BAHJA
MEDECIN TRAITANT : PR LAOUISSY
Tél: 0522 25 48 88

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: HIV OG
COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

Oeil DROIT

Echographie(B) : SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin échogène
ECHOS VITREENS POSTERIEURS

OEIL GAUCHE

Echographie(B) : SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin échogène
VITRE HYPERECHOGÈNE EN RAPPORT AVEC UNE
HEMORRAGIE INTRAVITREENNE ET RETROHYALOIDIENNE
DENSE SANS DECOLLEMENT DE RETINE ASSOCIE .

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmogiste
400, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

DR DKHISSY MOUHSSINE

Patient : SKALLI BAHUJA

Numéro de dossier :

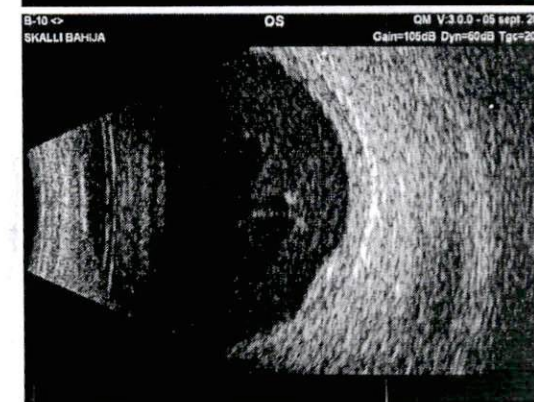
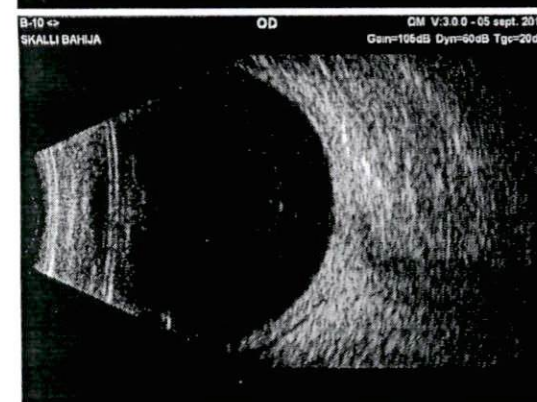
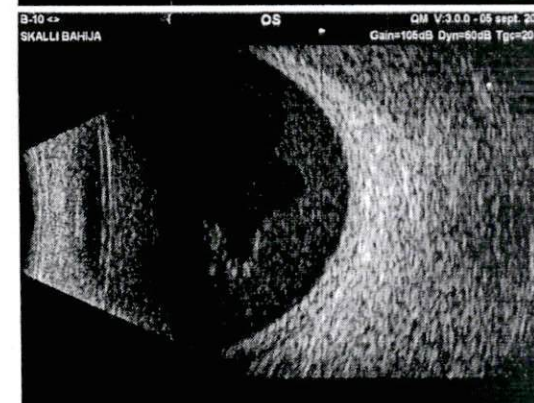
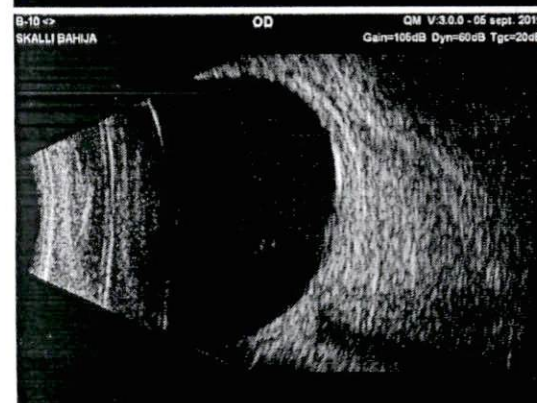
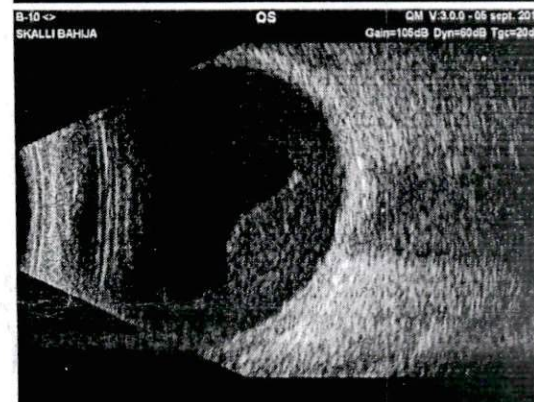
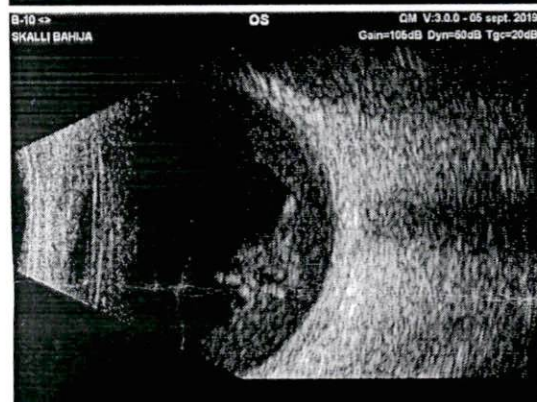
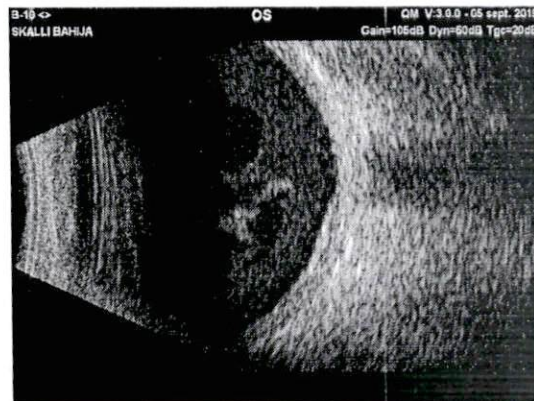
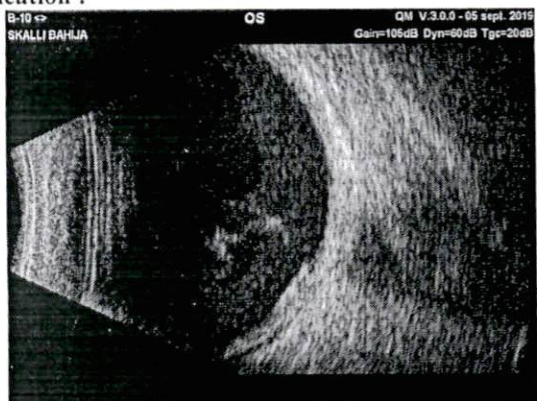
Adresse :

Tel :

Sexe : Féminin

Date de naissance :

Indication :



Dr Mouhssine D'KHISY

Ophtalmogiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

05 SEP. 2019

NOTE D'HONORAIRE

Nom Prénom : EL ALAOU I EP SKALLI BAHJA__

ACTE : ECHOGRAPHIE : K40

MONTANT : 500 DHS .

TOTAL : CINQ CENTS DHS

Dr. Mouhssine D'KHISY
Ophtalmogiste
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 25 48 88 / 05 22 25 70 88