

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-794115

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10515	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ANSES
Nom & Prénom :		Hatif	
Date de naissance :		04.08.74	
Adresse :			
Tél. :		0661150361	
Total des frais engagés : 3717,40 Dhs			

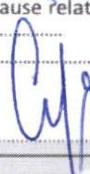
Autorisation CNDP N° 21-215/2022

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/08/2023
Nom et prénom du malade : HATIF A. F.
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> lui-même
Nature de la maladie : affection dentaire
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 : Casablanca Le : 16 OCT. 2023

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

RELEVE 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
28.08.2023	2		300,-	INP : 031166533 Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BOURGOGNE RADIAZIEN SAS 161, 06200 Lyon Tél. 04 22 32 27 73 Fax 04 22 32 27 74 e-mail : info@radiazien.com http://www.radiation.com	28/08/23	117,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>KERATOPIQUE</i> My Soufiane EL ABDOUNI 03. 5622 49 21 39 INPE : 0096000 0522 49 21 39 Bo Ziroua - Casablanca	7/10/23					3300,-

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou

Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو

اختصاصي في الطب و جراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر.

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموي

فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca, 28.08.2022

HATIFI Ahmed

أوبتيبرد®
Optipred®

Lot: ZM0101
Fab: 10/22
Exp: 10/24
PPV: 23 DH 40

2340

- OPTIPRED COLLYRE

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 14 jours

- Xailin HA

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 14 jours

2440

2 11740

الطبابة
BERRADA TAZI Halima
PHARMACIE DE BOURGOGNE
341 Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05.22.21.73.44

Dr. Mohammed MIKOU
OPHTALMOLOGISTE
Tél: 0522 28 48 48 - GSM: 06 61 09 57 50



Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو

اختصاصي في الطب و جراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر،
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكاalan في بوردو

جراحة مسالك الدموي
فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le,

28.08.2023

HATIFI Ahmed

Oeil Droit : (20° -1,00) , Addition + 1,75

Oeil Gauche : (180° -1,75) -0,50 , Addition + 1,75

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

KERATOPIQUE
M 03 BD ZIRAOU CASABLANCA
T 0522 86 28 48 INP : 0096001866
F 0522 86 28 48

Dr. MOHAMMED MIKOUE
Angle Bd. Abdelmoumen
2^{ème} étage N° 18
Tél: 0522 86 28 20 / 0522 86 28 48 - GSM(en cas d'urgence) : 06 61 09 57 50
E-mail : dr.mohammed.mikou@gmail.com

KERATOPTIQUE

OPTICIEN OPTOMETRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA

Tél.: 05 22 49 27 39 - Fax: 05 22 49 27 40

RC: 251214-IF: 40206001 - Patente: 30202745

CNSS: 6009692 - ICE: 001632385000077

INPE: 0095001855

FACTURE N° 0011072

M

HATIFI AHMED

7/10/23

Vision de loin	Vision de près
OD:Cyl..... Sph.....	OD:Cyl..... Sph.....
OG:Cyl..... Sph.....	OG:Cyl..... Sph.....

Double Foyer

OD:Cyl -1,00 Sph +1,75 ADD +1,75

OG:Cyl -1,25 Sph -0,50 ADD +1,75

Quantité	Désignation	Prix
	MONTURE
1	VERRE Verres organiques progressif FA Réflet + transition gris	3300,-

Montant en Lettres : Trois
mille trois cent

TOTAL

3300,-

Cachet, Signature

KERATOPTIQUE

Myl Seffiane EL ADLOUNI

303, Bd Ziraoui Casablanca

Tel: 0522 49 27 39 Fax: 0522 49 27 40

INPE : 0096001855

PAYE