

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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 : 1336 Société : R. AM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraitee

Nom & Prénom : BOUALAL AFIFA

Date de naissance : 01-03-1949

Adresse : 5 RUE DE LA 9<sup>e</sup> OASIS CASABLANCA

Tél. : 061172672 Total des frais engagés : 4.501,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : Boulaafia 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 la médecine conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

#### **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30.10.2023      | Ex                |                       | 300,-                           | <br>Dr. Abdellah BOUJELBEN<br>Specialist in Internal Medicine<br>J.D. - CASABLANCA<br>SSN-06 51 00 57 42 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <b>HARMACIE RIBERA</b><br>Dr. ESSALHI Abdelaaziz<br>Angle Bd. Ghandi et Rue<br>des Eperviers - Marché Riviera<br>Casablanca<br>400 45 700-Casablanca | 30.10.23 | 201,40                |

## **ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHS**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien  | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|--|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|  |                   | A M.   | P C | I M | I V |                                    |
| KIA BENKIA<br>GPEA Lot Ennasra<br>Boulaaza<br>ohma<br>Casablanca<br>ix: 06 08 56 38 77<br>HAJAR BENKIA 06/11/23<br>CE: 095028422 |                   |        |     |     |     | 4000000 Dhs                        |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

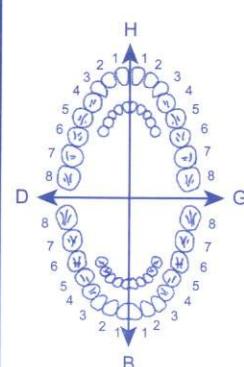
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Centre des maladies & Chirurgie des yeux



**Docteur Mohammed Mikou**  
**Ophthalmologiste**

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'Ophthalmologie

**مركز الأمراض  
و جراحة العيون**

**الدكتور محمد ميكو**

اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلاة بالليزر.

و تقويم البصر من جامعة فكتور سينكلان في بوردو

جراحة مسالك الدموع.

فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العين

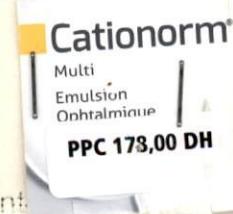
30/10/2023 Casablanca le,

BOULAL Afifa



- **Cationorm**

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



- **OPTIPRED COLLYRE**

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours

**PHARMACIE RIVIERA**  
Dr. ESSALHI Abdellaziz  
Angle Bd. Ghandi er Rue  
des Eperviers - Marché Riviera  
Tél.: 05 400 45 700-Casablanca

Dr. Mohammed MIKOU  
OPHTHALMOLOGISTE  
Anale Bot. Anoual 1  
1er étage 228628  
Tél: 0522 8628 48  
GSM: 06 61 09 57 50



# Centre des maladies & Chirurgie des yeux



# مركز الأمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohammed Mikou**  
**Ophthalmologiste**

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'Ophthalmologie

**الدكتور محمد ميكو**

اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر.

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيبكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموي

فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العين

30/10/2023  
Casablanca le,

BOULAL Afifa

Oeil Droit : (95° -0,50) + 3,00 , Addition + 2,75

Oeil Gauche : (90° -0,50) + 3,50 , Addition + 2,75

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

**BENKIA HAJAR**

Imm 7 GPE 4 Lot Ennakhil

Errahma Dar Bouazza

Casablanca

Fix: 08 08 56 38 77

**Dr. MOHAMMED MIKO**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
Angle Bd. Abdelmoumen  
24ème étage, N° 100  
Tél: 05 22 86 28 48 / 05 22 86 28 48  
E-mail : dr.mohammed.mikou@gmail.com

# BENKIA OPTIQUE

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE  
SPÉCIALISTE



HAJAR

7 Op, Annakhil Rahma -Etage MG Appt 3, Imm MG 3GH 4 - Casablanca

RC : 444374 / IF : 48502654 / CNSS : 2826225 / Patente : 32963443  
ICE : 002721244000032

FACTURE N° 07883

Casablanca, le 06/11/2023

M. BOUHLAZ Afifa

Docteur : Zohammed Zirou

Monture : Optique 1000.00

Verres : Progressif Sphérique +6.0 Indo

|     |                                 |         |
|-----|---------------------------------|---------|
| VL  | OD : <u>(95° - 2,70) + 3,00</u> | 1000.00 |
|     | OG : <u>(90° - 0,70) + 3,00</u> | 1000.00 |
| ADD | +2,70                           |         |
| VP  | OD : .....                      |         |
|     | OG : .....                      |         |

Total : 2000.00

Arretée la présente facture à la somme de :

Quatre mille Dirhams

Signature et Chachet

HAJAR BENKIA  
INPE: 095028411

BENKIA HAJAR  
3 Imm / GRE 4 lot Errakbat  
Errahma Dar Bouazza  
Casablanca  
Fix: 08 08 56 38 77