

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

- 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.

Nº M21- 064523

Optique *188290* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *12746*

Société : *R.A.M*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *HARBAZ*

ZAKARIA

Date de naissance : *28.07.1985*

Adresse :

Tél. : *02.66.176.0563*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *25/11/2023*

Nom et prénom du malade : *HARBAZ ZAKARIA*

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *affection dentaire*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

20 DEC. 2023

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 : *25/11/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *ZK*

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
25.11.2023	2 et 5		400,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Fouad Filali Aoual INPE: 092103340 127, Ocean Rd Tel: 08 08 506 951	25.11.23	219,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

18626+



CASABLANCA, Le 12 décembre 2023

AL FIRDAOUS OPTIQUE
AV OUM ERRABIE IMM GH25A MAGASIN N 02L030
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

Identifiant adhérent : 012746_1985-07-28_ZAKARIA
N/REF : 20233460025774
Adhérent : HARBAZ ZAKARIA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de **ZAKARIA HARBAZ**.
Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total
de* 1100.00 MAD

Validité de prise en charge : du 12-12-2023 au 12-03-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Center d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à **ZAKARIA HARBAZ**.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.



CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes

La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.

Toute facture doit être accompagnée :

- ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
- ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,

- ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
- ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).

Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.

Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

* Pour information, la part adhérent : **60.00 MAD**

2746 AL FIRDAOUS OPTIQUE SARL
EL AZIZ EL IDRASSI HICHAM
Opticien Optométriste
Av.oum Errabie ,imm GH 25 A Magasin N 02L.030
Hay El Oulfa Casablanca.Tel: 0522938312/68
INPE: 095001889

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.
Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

**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 الامراض
و جراحة العيون**

الدكتور محمد ميكو

اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلاة بالليزر.

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموي

فحص شبكة العين - تصوير الشبكية - تصوير الاربعة

الليزر متعدد الاشعة

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

05/12/2023

Casablanca le,

HARBAZ Zakaria

Oeil Droit : (80° -0,25)

Oeil Gauche : (130° -1,00) + 1,00

VERRES BLANCS ANTIREFLETS

~~AL FIRDAOUS OPTIQUE SARL
EL AZIZ EL IDRISI HICHAM
Opticien Optométriste
Av. du 1er Novembre, 18
Hay EL Oulfa Casablanca. Tel: 0522938312/68
INPE: 095001889~~

Dr. Mohammed MIKO
Dr. Mohammed MIKO
Al Miarai Center
Angle Bd. Abdelloumen
Av. Bdr. Arroudi, N° 18 - Bd. Abdelloumen
Télé: 0522 86 28 20 / 0522 86 28 48 - GSM (en cas d'urgence) : 06 61 09 57 50

AL Miarai Center, Angle Bd. Abdelloumen, 2^{ème} étage N° 18
Tél : 05 22 86 28 20 / 05 22 86 28 48 - GSM (en cas d'urgence) : 06 61 09 57 50
E-mail : dr.mohammed.mikou@gmail.com

مجمع المراج زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن الطالبي الثاني الرقم 18
الهاتف : 05 22 86 28 20 / 05 22 86 28 48
الهاتف المحمول (في حالة الطوارئ) : 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 و جراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلاة بالليزر.

و تقويم البصر من جامعة فكتور سينكلان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

25/11/2023
Casablanca le,

HARBAZ Zakaria



ملاحظ
- MIXtears collyre

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

ملاحظ
- LIPOSIC (Carbomère 980) tube de 10g

1 application, 2 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 15 jours

ملاحظ
- CILOXAN COLLYRE (Ciprofloxacin) 0,3%

1 goutte, 3 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 7 jours





LIPOSIC
Gel ophthalmique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP: n° 220 DMP/21/NNP

6 11800 1070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/INRQ
Laboratoires Sothemra
PPV : 45,90 DHS

Lot : REDACTED
EXP : 2RDC3D
09 2024
CILOXAN® 0,3%
COLLYRE

QUALITY SYSTEM BY AENOR NO. ER-0678/2010
MANUFACTURED FOR INDO WITH CERTIFIED

CERTIFICADO POR AENOR CON EL N° ER-0678/2010
FABRICADO PARA INDO CON SISTEMA DE CALIDAD

MD

LOT

9320363311445004155241



SPH CYL Φ N SPH CYL
-0.25 +0.25 70 1.50 0.00 -0.25



06/2023

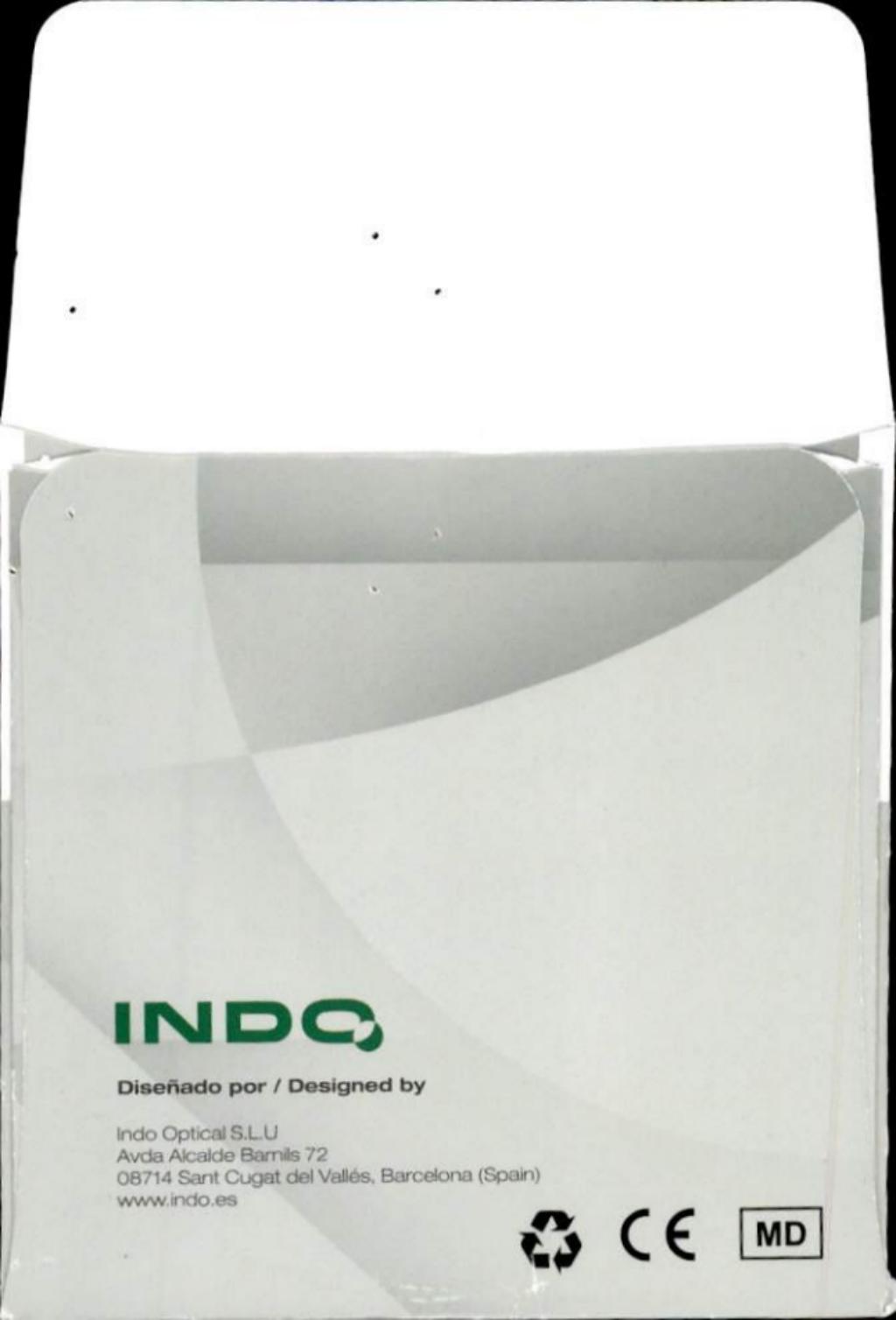
STICKER
SUPERFIN 15 NAT BLUE



REF

INDO

STOCK



INDO

Diseñado por / Designed by

Indo Optical S.L.U

Avda Alcalde Barnils 72

08714 Sant Cugat del Vallés, Barcelona (Spain)

www.indo.es



INDO

Diseñado por / Designed by

Indo Optical S.L.U.

Avda Alcalde Barnils 72

08714 Sant Cugat del Vallés, Barcelona (Spain)

www.indo.es



SPH CYL Φ N SPH CYL
0.00 +1.00 70 1.50 +1.00 -1.00



06/2023



5918977231

STICKER

SUPERFIN 15 NAT BLUE

REF

INDO

STOCK