

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-422617

*NB = 20743*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *131944*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *HABBAZ Younes*

Date de naissance : *02/11/1986*

Adresse :

Tél. : *0662996911*

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *23/12/2020*

Nom et prénom du malade : *HABBAZ Younes*

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *affection oculaire*

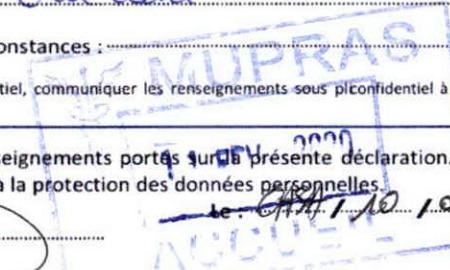
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-422617

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *131944*

Nom de l'adhérent(e) : *HABBAZ Younes*

Total des frais engagés : ..... Dhs

Date de dépôt :

#### **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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/12/19        | 2                 |                       | 300,-                           | INP : 00000000000000000000000000000000<br>Mohammed DAITAL<br>VI Maraj Centre<br>10, Anfa, 9th flr, 18- CASABLANCA<br>Tunisia 1007<br>Tel: +216 98 454 06 61 09 57 50 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE CHAOUI                       | 23/12/19 | 123,40                |
| AHMIDA Mohammed                        |          |                       |
| 1 Bd. El Fida - Casablanca             |          |                       |
| Tél : 05 22 28 08 21                   |          |                       |
| NPE : 092018357 - ICE : 00144839000087 |          |                       |

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien   | Date des<br>Soins | Nombre |                        |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|------------------------|----|----|------------------------------------|
|   |                   | AM     | PC                     | IM | IV |                                    |
| <i>SANTE VISION RABAT<br/>Opticienne Biométriste<br/>19 Avenue Ibn Sina - Rabat<br/>Tél: 0524 77 70</i><br> | 23/12/19          |        | Verres<br>+<br>Monture |    |    | 2.000.000                          |

**INPE : 105008593**

## VOLET ADHERENT

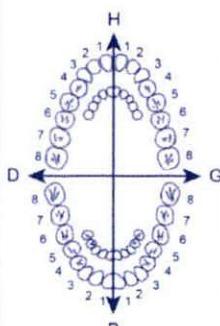
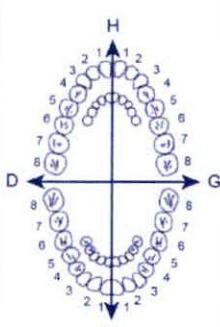
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|--|--|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
|   |  |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |  |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |  |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |  |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H   | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> |
| H  | 25533412   | 21433552         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| D  | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| B  | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| G  | 35533411   | 11433553         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |  |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |  |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |

# Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الامراض  
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 وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيفالان في بوردو

جراحة مسالك التوع

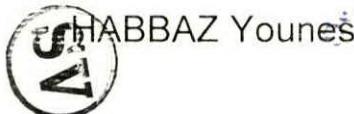
فحص شبكة العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر - تقويم الاشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le,

23/12/2019



- CHIBRO-CADRON COLLYRE (Néomyc.Dexaméth.)

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 jours

1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 jours

- Xailin HA

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

CHIBRO-CADRON  
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH

AM.M. Maroc  
N° 116 Disp/21/NGV  
Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182  
Bouskoura - MAROC

6118001071425

2019/12/23

OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS

MIARAJ CHAOUI  
MIMIDA Mohammed  
497, Bd El Fida - Casablanca  
Tél : 05 22 28 08 21  
Fax : 05 22 28 08 21  
ICE : 061448350000087

AL MIARAJ Center, Angle Bd. Abdelmoumen 2<sup>ème</sup> 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 أنوار وشارع عبد المنعم الطايب الثاني الرقم 18

الهاتف : 05 22 86 28 48 / 05 22 86 28 20

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 وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكيّة العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد التقسيع

عضو الجمعية الفرنسية لطب العين

Casablanca le, .....  
*22/11/2019*

HABBAZ Younes

Oeil Droit : (80° -0,25) -3,75

Oeil Gauche : -4,25

VERRES BLANCS ANTIREFLETS

# SANTÉ VISION.Rabat

Opticienne Optométriste

Diplômée d'état

Adaptation de Lentilles de Contact  
78, Avenue Ibn Sina Agdal - Rabat

Tél : 05 37 67 57 79

## Facture

N° 1001959

INPE : 105008593



Rabat le 23/12/19

Mr H.A.B.BAZ Younes

| NOMENCLATURE          | DÉSIGNATION             | P.U         | MONTANT |
|-----------------------|-------------------------|-------------|---------|
| oP = -3,75 (-0,25 80) | verres organique 1000x2 | 1000        | 2000    |
| oG = -4,25            | Antilumière bl A minus  | .           | .       |
|                       | +                       |             |         |
|                       | Monture                 | 2000        | 2000    |
|                       | <b>Total</b>            | <b>4000</b> |         |

Dont TVA 20 % inclus

Arrêté à la somme de : quatre Milles dirhams

SANTE VISION RABAT  
Opticienne Optométriste  
78, Avenue Ibn Sina - Rabat  
Tél.: 05 37 67 57 79

R.CN° 98617, Identification Fiscal N° 3308928 , CNSS N° 2951136

Patente N° 25790711 , ICE N° 000042724000073