

# 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.

## 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 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058489

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1217 Société : R47 63134

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUIN KADA

Date de naissance : 15/07/50

Adresse : 72 rue de Rone Casablanca

Tél. : 0667417088 Total des frais engagés : 5969 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/02/21

Nom et prénom du malade : ZOUIN KADA 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 : Casablanca Le : 18/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : 18/377



# RELEVÉ 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
19/02/2021			300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/02/2021	1662,-

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

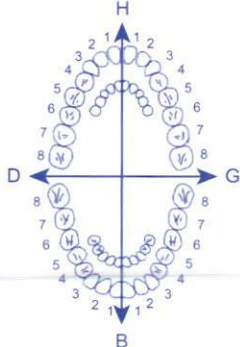
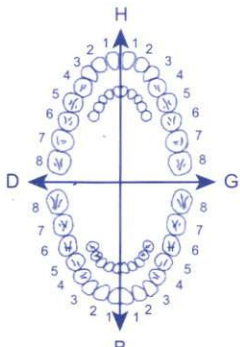
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/03/2021					40000,-

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Mohammed Mikou  
Ophtalmologiste

الدكتور محمد ميكو  
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

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/Retinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

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

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 19/02/2021

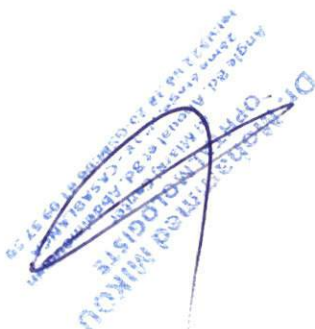
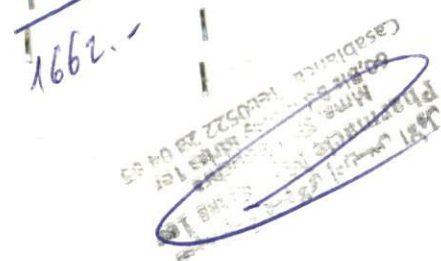
ZOUIN Kada

203  
46  
1481  
x3  
1662  
-  
LUMIGAN 0.1mg/ml

1 goutte, le soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois

- Cationorm

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 mois



PPV:203DH00

**0.1 mg/ml**  
Collyre en solution  
Bimatoprost

**LUMIGAN®**

PPV:203DH00

**0.1 mg/ml**  
Collyre en solution  
Bimatoprost

**LUMIGAN®**

PPV:203DH00

Flacon de 3 r

**0.1 mg/ml**  
Collyre en solution  
Bimatoprost

**LUMIGAN®**

**UMIGAN®**  
**0.1 mg/ml**  
Collyre en solution  
Bimatoprost

PPV: 203DH00

**UMIGAN®**  
**0.1 mg/ml**  
Collyre en solution  
Bimatoprost

PPV: 203DH00

PPV: 230DH00

**PPC 148,00 DH**

LOT	SV476
	2019-10
	2022-10

**Cationorm®**

Multi  
Emulsion  
ophtalmique

**PPC 148,00 DH**

**Cationorm®**

Multi  
Emulsion  
ophtalmique

**PPC 158,00 DH**





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 باللايزر  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو  
جراحة مسالك الدموع  
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية  
اللايزر متعدد الإشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 19/02/2021

ZOUIN Kada

Oeil Droit :  $(80^{\circ} - 1,25) + 2,50$  , Addition + 2,50

Oeil Gauche :  $(95^{\circ} - 1,25) + 1,50$  , Addition + 2,50

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

**OPTIC**  
KETTAL Mikou  
Opticien - Ophtalmiste  
1405 Avenue 2 Mars  
Tél: 0522 85 68 48 Fax: 0522 85 63 52

**OPTIC**  
KETTAL Mikou  
Opticien - Ophtalmiste  
1405 Avenue 2 Mars  
Tél: 0522 85 68 48 Fax: 0522 85 63 52



CASABLANCA, le 15/03/2021

MR ZOUIN KADA

FACTURE PF 0103/2021

Désignation	Montant
MONTURE OPTIQUE	800
OD : VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF ANTIREFLET	1600
OG : VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF ANTIREFLET	1600
Total TTC	4000DH

Arretée la presente facture à la somme de :QUATRE MILLE DIRHAMS

**KETT OPTIC**  
KETTAN Merieme  
Opticienne Optométriste  
105 Avenue 2 Mars Casablanca  
Tel: 0522 85 63 46 - Fax: 0522 85 63 48