

# 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.

## Diagnostique 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058490

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1217 Société : RAN (G3435)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUIN KADA

Date de naissance : 15/07/50

Adresse : 72 RUE DE ROUE CASABLANCA

Tél. : 057477088 Total des frais engagés : 603630 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/08/2021

Nom et prénom du malade : SEBBANI MALIKA Age : 65

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) : [Signature]



# 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
24.02.2011	e + f		3007	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur Date Montant de la Facture

24/2/21 236,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

25/03/21

5500DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

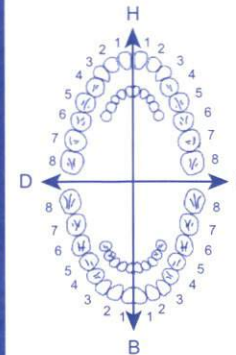
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
G  
B

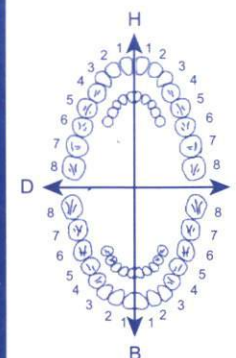
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# 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 (PIR/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 سيكالان في بوردو  
جراحة مسالك الدموع  
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية  
الليزر متعدد الإشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

24/02/2021

Casablanca le,

SEBBANI Malika

51.60

- Bropdex collyre

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

94.00

- Xailin HA

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

- OPATANOL COLLYRE

1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

90.70

23632

صيدلية مولاي إدريس الأول  
Pharmacie My Idriss 1er  
Mme. Sbaï Bouchra  
60, Bis Bd Mohammed VI  
Casablanca - Tél: 05 22 86 28 48



OPHTAL MED  
PPC  
94.00 DHS

PPV : 51,60 DH

6 118001 070442  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP  
PPV : 90,70 DHS



# 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 وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو  
جراحة مسالك الدموع  
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية  
الليزر متعدد الإشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

24/02/2021

Casablanca le, .....

**SEBBANI Malika**

Oeil Droit : (145° -1,50) , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (10° -1,75) + 0,25 , Addition + 2,50

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

**KETT OPTIC**  
**KETTANI Merieme**  
Opticienne Optométriste  
105, Avenue 2 Mars Casablanca  
Tél: 0522 85 63 48 Fax: 0522 85 63 48





CASABLANCA, le 15/03/2021

MME SEBBANI MALIKA

FACTURE PF 0102/2021

Désignation	Montant
MONTURE OPTIQUE	900
OD : VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF ANTIREFLET	2300
OG : VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF ANTIREFLET	2300
Total TTC	5500DH

Arretée la presente facture à la somme de :CINQ MILLE CINQ CENT DIRHAMS

**KETT OPTIC**  
MME SEBBANI Marieme  
Opticienne  
134 Avenue 1 Mars Casablanca  
0522 85 63 46 - Fax: 0522 85 63 48