

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.

Médecine 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.

Éducation :

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.

Déclaration de 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

CG3926

Déclaration de Maladie : N° P19- 0000822

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11454

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : Baba El Hacen Allal Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Baba El Hacen Allal Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

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
04.11.2021			3007	Dr. MOHAMMED ALI LOGHRI
				OPHTALMOLOGIST Dr. Abdellah ABDALLAH Télé: 0522 26 28 20 - Casablanca - Maroc Email: abdellahabdallah@outlook.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KERATOPTIQUE 303, Boulevard Zighoud Casablanca Télé: 0522 26 188 - 0522 26 189 Société HAY EL WIFA S.A.D. Abdellah Kader	23/11/21	4500 - 18.1.60

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

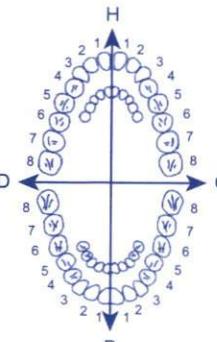
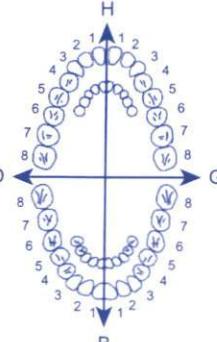
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
HARMASSE HAY EL WIFA Lot 778, Rue 3, El Oued - Casablanca Télé: 0522 26 188 - 0522 26 189	04.11.21					18.1.60

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

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			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
				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

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

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة باللايزر
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بورن
جراحة مسالك الدموع

فحص شبكة العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
الليزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le.

04/11/2

BABALAH CEN Alla

wash
HyFresh®

Lot:
Fab:
Exp:
PC: 130 DH 30

- HyFresh collyre solution stérile

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

- Bropdex collyre

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 7 jours

18160

PHARMACEUTIQUE EL WIFAK
Lul, El Oued, Algérie
Tél: 0523 31556

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض وـ 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 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 العيون

Casablanca le, 04/11/2021.....

BABALAHcen Allal

Oeil Droit : -0,25 , Addition + 2,00

Oeil Gauche : (75° -0,25) -0,75 , Addition + 2,00

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

KERATOPIQUE
303, Boulevard Zirar
Casablanca
tel. 0522 27 59 15 fax. 0522 27 59 17



KERATOPTIQUE
OPTICIEN OPTOMETRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA
Tél.: 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745
CNSS : 6009692 - ICE : 00163238500077
INPE : 0095001855

FACTURE N° 0010574

M *N. BABALAHCEN. Alla 231/11/22*

Vision de loin	Vision de près
OD:Cyl Sph	OD:Cyl Sph
OG:Cyl Sph	OG:Cyl Sph

Double Foyer

OD:Cyl /	Sph 0,25	ADD + 2,00
OG:Cyl -0,25	Sph -0,75	ADD + 2,00

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE <i>monture optique</i>	1000,-
2	VERRE <i>prog lens f 1,5</i> <i>Argentique + 1 Très</i> <i>A. Yeffet Nikon</i>	3500,-

Montant en Lettres :	<i>Quatre mille cinq cent dirhams</i>	TOTAL	<i>4500,-</i>
----------------------	---------------------------------------	-------	---------------

Cachet, Signature

PAYE *BUCI Nec 1043714*

KERATOPTIQUE
303, Boulevard Ziraoui
Casablanca
Tél: 0522.49.27.39-Fax: 0522.49.27.