

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>		
Matricule : <b>8301</b>	Société : <b>R.A.M.</b>	<input type="checkbox"/> Autre :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> HRAICHE MOHAMED
Nom & Prénom : <b>HRAICHE MOHAMED</b>		
Date de naissance : <b>09.09.67</b>		
Adresse : <b>RES. SIHAM 39 RUE IBNOLIHBOUS 3<sup>e</sup> ET APP 13 MAARIF CASABLANCA</b>		
Tél. : <b>0667818032</b>	Total des frais engagés :	Dhs

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>03/06/2022</b>
Nom et prénom du malade :	<b>KHALIL Maafaa</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Affection Dentaire</b>
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 : **CSA**      Le : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) :




## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03.06.2020 + 5			3.000,-	INP : 091M66139  Mohamad Al Amoudi Amoudi, Dr. C.A.S. Lyon, 10.06.2020

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>El Mansour</b> Tel: 0622250074 0522993986 <i>192044941</i>	03/06/2022	 <b>3780 G</b> 30.06

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VIOLET ADHESIVE

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <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

## Exam 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

اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلدية

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيد

جامعة مسالك الدمو

فحص شبكية العين - تصوير الشبك

اللابزد متعدد الاشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, ..... 03/06/2022

KHALIL Wafaa

25

endant 6

ant 8 jours

### Théalose 3% collyre

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

#### **- FLUCON COLLYRE (Fluorométhalone) fl**

1 goutte, 3 fois par jour dans les deux yeux, pendant 12 jours.

- INDOCOLLYRE(fl.) 0.1 % (Indométacine)

1 goutte 3 fois par jour, dans les yeux, pendant 8 jours.

A circular postmark from Ankara, Turkey, dated 24/05/2011. The postmark features a large '151' at the top, followed by 'YATIRIM' in large letters, and 'ANKARA' at the bottom. The date '24/05/2011' is printed around the center.

Date de première ouverture

STERILE A  
i  
~~✓~~ 25°v

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088

PPV: 58,00 DHS

Remboursable AMO  
406865

VB3762C:1 DMAR/0919

# 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 الجلاة بالليزر  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيفالان في بوردو  
جراحة مسالك الدموع  
فحص شبکية العين - تصوير الشبکية - تصوير الأوعية  
الليزر متعدد الإشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, ..... 03/06/2022

KHALIL Wafaa

Oeil Droit : (105° -0,75) + 1,50 , Addition + 2,25

Oeil Gauche : (65° -0,75) + 1,50 , Addition + 2,25

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

OPTION EYE MAZOLA  
N°30 Résidence Hassan Rue 4ème  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 28 20

Argon 30mW 22mW 18mW 15mW 12mW 9mW 7mW 5mW  
Zéro 20 22 23 25 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50  
Dr. MOHAMMED MIKOUL

# OPTIQUE MAZOLA

Opticien Spécialiste



N°30 Residence Hassoune 3 Rue 4 Mazola

Hay Hassani Casablanca

Tél : 05 22 90 12 03 - 05 40 08 81 79

NP : 35083127 / NRC : C1107

Facture : N° 100425

Casa, le 06/07/2022

Mr : KHALIL WIAFAA

Doit

Montures: Monture de lunettes

15000DH

Type de Verres: Progressif Chémique Antiéffles

V.L: O.D: +1,50 (-0,75. 105)

10000DH

O.G: +1,50 (-0,75. 65)

10000DH

O.D:

V.P:

O.G:

Add.: +2.25

Total :

35000DH

OPTIQUE MAZOLA

N°30 Résidence Hassoun Rue 4 Mazola  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 05 22 90 12 03

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le:

M. ou Mme: