

## 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

- 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.

**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

M22- 0020125

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société : 246921  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M<sup>me</sup> MKHANTAR FATNA  
Date de naissance : 30.12.1944  
Adresse : HAY EL HANA Rue 30 N° 11 Casablanca  
Tél. : 06.61.60.9721 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30.12.2022  
Nom et prénom du malade : MKHANTAR Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : affection sur l'oreille  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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) : .....



# 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
30/12/22	2		6	Dr. Mohamed MAKOU ALMIRAL Center N° 18 - CASABLANCA 05 22 34 57 49

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAY EL HANA Mme. FIKRI Soumaya 7 Marché El Hana Hay El Hana Tél: 05 22 34 57 49	30/12/22	381,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

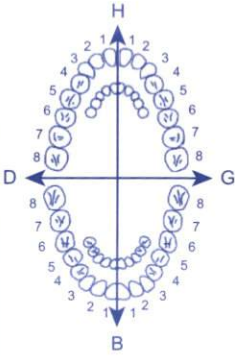
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D 00000000 G 00000000              35533411 11433553              B           </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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**  
**اختصاصي في الطب وجراحة العيون**

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

Casablanca le, 30/12/2022

MKHANTAR Fatna

127,00x3  
- XALATAN (Latanoprost) COLLYRE à 0,005% fl  
1 goutte, le soir, dans les deux yeux, pendant 3 mois

381,00

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Soumia  
Hay El Hana Hay El Hana  
Tél. 05 22 86 28 43

Dr. Mohammed MIKOU  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. Abdelmoumen et Abdelmoumen  
24ème étage - Casablanca  
Tél. 05 22 86 28 48 - GSM: 06 61 09 57 50



Pfizer

زالاتان<sup>TM</sup>  
%0.005

لاتانوبروست



6 118001 120482

قطرة للعين

قارورة 2.5 مل

LOT/EXP.:

FL5985

FJ7514

08/2024

PPV 127DH00

Pfizer

زالاتان<sup>TM</sup>  
%0.005

لاتانوبروست



6 118001 120482

قطرة للعين

قارورة 2.5 مل

LOT/EXP.:

FL5985

FJ7514

08/2024

PPV 127DH00

Pfizer

زالاتان<sup>TM</sup>  
%0.005

لاتانوبروست



6 118001 120482

قطرة للعين

قارورة 2.5 مل

LOT/EXP.:

FL5985

FJ7514

08/2024

PPV 127DH00

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Soumia  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
250000 - TEL: 00 22 34 57 43