

# 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.

M22- 0020125

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société : 246921

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme MKHANTAR FATNA

Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : HAI EL HANA Rue 30 N° 11 Casablanca

Tél. : 0661629721 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

Nature de la maladie : affection sur lame

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) : .....

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/12/2022      | C2                |                       | 6                               | DR. MOHAMMED MOKOU<br>OPHTHALMOLOGISTE<br>Dr. MOHAMMED MOKOU   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Mme. FIKRI SOUMA<br>1 Marché El Hana Hay El Hana<br>Tél: 05 22 34 57 49<br>oglo3082 | 30/12/22 | 381,00                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

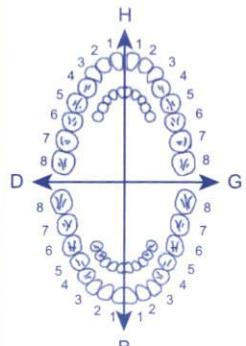
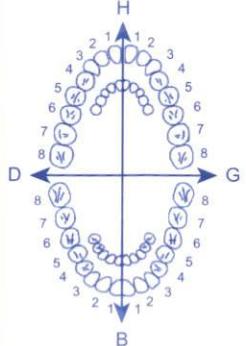
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### 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'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                            | Nature des Soins     | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|--|---|----------------------|-------------|-------------------------|
|       |   |                      |             |                         |
|     |   |                      |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                      |             | Coefficient des Travaux |
|  | H   | 25533412<br>00000000 | G           | 21433552<br>00000000    |
|  | D   | 00000000<br>35533411 | B           | 00000000<br>11433553    |
|  |   |                      |             |                         |
|  |   |                      |             |                         |
|  |   |                      |             |                         |
|  |   |                      |             |                         |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                      |             | Montants des Soins      |
|  |   |                      |             |                         |
|  |   |                      |             |                         |
|  |   |                      |             |                         |
|  |   |                      |             |                         |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |   |                      |             | Date du devis           |
|  |   |                      |             |                         |
|  |   |                      |             |                         |
|  |   |                      |             |                         |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  |   |                      |             | Date de l'exécution     |
|  |   |                      |             |                         |
|  |   |                      |             |                         |
|  |   |                      |             |                         |

# 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 العين

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة باللادر.

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة معاك الدموع

فحص شبكة العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد 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

~~CARMACIE HAY EL HANA~~  
~~Mme. TIKRI Soumia~~  
~~Maîtrise El Hana Hay El Hana~~  
~~Tel: 05 22 34 57 43~~

~~Dr. Mohammed MIKOU~~  
~~OPHTHALMOLOGISTE~~  
~~Rue de Ksar el Kebir, 24ème arrondissement, Casablanca~~  
~~Tel: 05 22 86 28 48 - GSM: 06 61 09 57 50~~

Pfizer

زالاتان  
%0.005

لاتانوبروست



6 118001 120482

قطرة للعين

قارورة 2.5 مل

LOT/EXP.:

FL5985  
FJ7514  
08/2024  
PPV 127DH00

زالاتان  
%0.005

لاتانوبروست



6 118001 120482

قطرة للعين

قارورة 2.5 مل

LOT/EXP.:

FL5985  
FJ7514  
08/2024  
PPV 127DH00

زالاتان  
%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  
B. Marché El Hana Hay El Hana  
Tunisie - CS 22 34 37 40