

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

N° W21-631018

158379

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7607 Société : DPN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELAMINE EL HABIB

Date de naissance : 30/10/1983

Adresse : Ville Verte Bouskourne Regimco MALAK 1 CAS

Tél. : 066116750 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 30/10/2023

Nom et prénom du malade : BELAMINE EL HABIB Age : 40

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection dentaire

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) :

30/10/2023



# 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
20.01.2023			200,	INP : 451166582

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE GREEN TOWN</p> <p>Dr. Maria AZENNAR</p> <p>Centre Commercial Casa Green Town</p> <p>Tel: +212 570-5263</p>	11/23	410,3

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

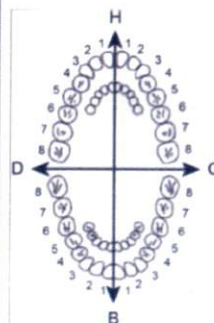
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
BOUSQUET OPTIQUE	10/11/23					1900
810 bd 2 Mars 1917 Ain Chock						
Casablanca						
Tél: 0522-50.69.26						

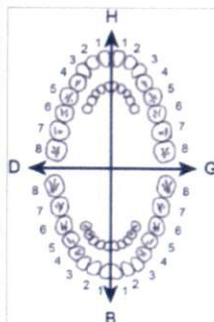
# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# Traitées



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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  
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلابة 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

Casablanca le, 30/01/2023

BELAMINE El Habib

28,60

- CHIBRO-CADRON COLLYRE (Néomyc.Dexaméth.)

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 7 jours

1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 7 jours

90,70

- OPATANOL COLLYRE

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

150,00 x 2

- HYLO-COMOD GEL (Hydrocortisone NON REMB/S.S)

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

T = 419,30

صيدلية المدينة الخضراء  
PHARMACIE GREENTOWN  
Dr. Maria AZENAR  
Centre Commercial Casa Green Town  
Tél: +212 520 0 63 59

Mohammed MIKOU  
OPHTALMOLOGISTE  
Angle Bd. Anoual et Ibn El-Khatib  
2ème étage 10715 CASABLANCA  
Tél: 0522 86 28 28-0522 86 09 57 50



0018101252



Chibro-Cadron 5 ml  
Lot / Fab / EXP

E2200CSMAR/0620

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
LISTE - Uniquement sur ordonnance

4 Fels  
Fels

**CHIBRO-CADRON**  
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182  
Bouskoura - MAROC



**CHIBRO-CADRON**  
**+ GROSSESSE**  
**= DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte ou allaitante  
d'attirer l'attention thérapeutique

**Composition :**

Phosphate sodique de  
deaméthasone..... 109,3 mg  
Quantité correspondant à phosphate  
de deaméthasone..... 100,0 mg  
Sulfate de néomyone. 350.000 UI  
Pour 100 ml de collyre

1 ml de collyre correspond à  
30 gouttes, contenant donc :  
- 0,036 mg de phosphate sodique  
de deaméthasone, soit  
0,033 mg de phosphate de  
deaméthasone  
- 117 UI de sulfate de néomyone.

**Excipients :**

Citrate de sodium dihydraté,  
bromure de benzodocénium,  
polysofaite 80,  
hydroxyéthylcellulose  
(Wp 52.000HP), l'hydroxyde de  
sodium, chlorure de sodium, eau  
purifiée.

Voie ophtalmique.  
**NE PAS AVALER.**

Lire la notice avant utilisation.

**Conservation :**

Ce médicament ne doit pas être  
conservé plus de 15 jours après la  
première utilisation. Noter la date  
d'ouverture en vue sur  
l'emballage.

Tenir hors de la vue et de la  
portée des enfants.

4 Fels  
Fels



**Chibro**  
**Cadron**

Collyre en flacon  
Deaméthasone / Néomyone

5 ml

**شيبرون**  
**كادرون**

محلول قطرات العين في قارورة  
ديكساميثازون / نيو ميسين  
5 مل



**Thea**



**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

**التحذيرات:**

فوسفات السودي  
الديكساميثازون  
كمية متساوية من فوسفات  
السودي..... 100,0 mg  
السودي..... 350.000 UI  
لكل 100 مل محلول قطرات العين  
1 مل من محلول قطرات العين يحتوي  
على 30 قطرة تحتوي كل قطرة على:  
- 0,036 mg من فوسفات السودي  
الديكساميثازون ما يتناسب 0,033 mg  
من فوسفات الديكساميثازون  
- 117 UI من سلفات النيوميسين.  
الموافقة:

سوبرات المبرورة ذاتي الإضافة،  
لأغراض التردد في استخدام، متحدة  
موزونات 80. هيدروكسيل الديكسون  
(Wp 52.000 HP) هيدروكسيد  
السودي، كبريتات النيوميسين، ماء  
ملي

عن طريق العين.  
لا ينبغي.  
أول الشدة قبل الاستخدام.

الخطوة:

من 15 يوما على أنه استخدام. يحل  
بموجب تاريخ قبل انتهاء  
التاريخ.  
لا يولد لا في متناول الأطفال ولا على  
ماني منهم

ملحق: 12، شارع لويس بلانكو  
البيروت 68017  
البيروت 68017  
البيروت 68017

Titulaire :  
Laboratoires THEA 12, rue Louis Blanc  
68017 Clermont-Ferrand Cedex 2 -  
France  
Fabricant :  
Eberletron, rue de la Combattière  
07100 Arzonay - France



**HYLO  
COMOD®**



**URSAPHARM**

URSAPHARM Arzneimittel GmbH  
Industriestraße 35  
66129 Saarbrücken  
Allemagne

80

10 ml de solution stérile sans phosphate  
pour utilisation ophtalmique

10 مل محلول عيني معقم خالٍ من  
الفوسفات

3/5

**6**

Se conserve  
6 mois après ouverture



3x Jour

**HYLO  
COMOD®**

**6**

يحتفظ به بعد 6 أشهر  
من فتح العبوة



**هيلو  
كومود**

قطرات مرطبة للعين  
في حالة الإحساس بجسم غريب،  
بحرقة أو بتدميع العين.

خالٍ من المواد الحافظة.  
متوافق مع العدسات اللاصقة.

10 مل ~ 300 قطرة

منتج للعلامة التجارية  
**هيلو أي كير**



Hyaluronate de sodium 1 mg/ml

هياالورونات الصوديوم 1 ملغ / مل

**Distributeur :**

KIT MED  
33, rue Lahcen Al Arjoun  
Quartier des Hôpitaux  
Casablanca / Maroc



4 031626 710369

31.1836  
CEA

**Collyre hydratant**

En cas de sensation  
de corps étranger, de brûlure  
ou de larmoiement.

Sans agents conservateurs.

Compatible avec des  
lentilles de contact.

10 ml ~ 300 gouttes

Un produit de la marque

**HYLO® EYE CARE**

Pour améliorer l'hydratation de la  
surface des yeux secs, ayant une  
sensation de brûlure, ayant une  
sensation de corps étrangers, en pré-  
et postopératoire, pour les porteurs de  
lentilles de contact.

لتحسين ترطيب سطح العيون الجافة،  
عند وجود إحساس بالحرقة أو وجود  
إحساس بالأجسام الغريبة فيها، قبل  
العمل الجراحي وبعده، لوضعي  
العدسات اللاصقة.

CE 0197



**STERILE A**



2025-06

**LOT**

305332

PPC:

150DH

**HYLO  
COMOD®**



**URSAPHARM**

URSAPHARM Arzneimittel GmbH  
Industriestraße 35  
66129 Saarbrücken  
Allemagne

80

10 ml de solution stérile sans phosphate  
pour utilisation ophtalmique

10 مل محلول عيني معقم خالٍ من  
الفوسفات

3/5

**6**

Se conserve  
6 mois après ouverture



3x Jour

**HYLO  
COMOD®**

**6**

يحتفظ به بعد 6 أشهر  
من فتح العبوة



**هيلو  
كومود**

قطرات مرطبة للعين  
في حالة الإحساس بجسم غريب،  
بحرقة أو بتدميع العين.

خالٍ من المواد الحافظة.  
متوافق مع العدسات اللاصقة.

10 مل ~ 300 قطرة

منتج للعلامة التجارية  
**هيلو أي كير**



Hyaluronate de sodium 1 mg/ml

هيايالورونات الصوديوم 1 ملغ / مل

**Distributeur :**

KIT MED  
33, rue Lahcen Al Arjoun  
Quartier des Hôpitaux  
Casablanca / Maroc



4 031626 710369

31.1836  
CEA

**Collyre hydratant**

En cas de sensation  
de corps étranger, de brûlure  
ou de larmoiement.

Sans agents conservateurs.

Compatible avec des  
lentilles de contact.

10 ml ~ 300 gouttes

Un produit de la marque

**HYLO® EYE CARE**

Pour améliorer l'hydratation de la  
surface des yeux secs, ayant une  
sensation de brûlure, ayant une  
sensation de corps étrangers, en pré-  
et postopératoire, pour les porteurs de  
lentilles de contact.

لتحسين ترطيب سطح العيون الجافة،  
عند وجود إحساس بالحرقة أو وجود  
إحساس بالأجسام الغريبة فيها، قبل  
العمل الجراحي وبعده، لوضعي  
العدسات اللاصقة.

CE 0197



**STERILE A**



2025-06

**LOT**

305332

PPC:

150DH



# 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 الجلطة 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

Casablanca le, .....

30/01/2023

BELAMINE El Habib

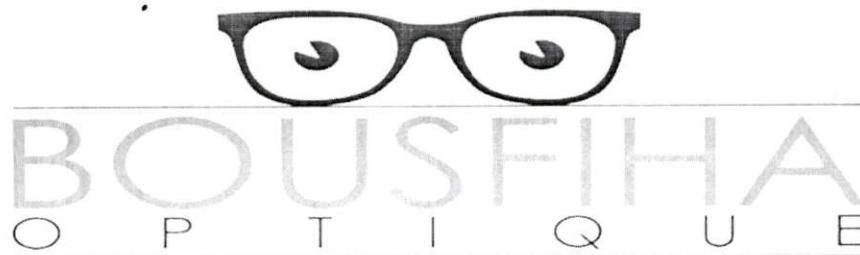
Oeil Droit : (75° -1,00) -2,50 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (70° -2,00) , Addition + 2,50

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

58





## FACTURE

083

CLIENT(E) : BELAMINE EL HABIB

DATE :10/04/2023

PRODUITS					QUANTITE	PRIX U TTC	TOTAL TTC
MONTURE OPTIQUE					1	500	500
VERRE ORGANIQUE					2	700	1400
PROGRESSIF AR PGX							
	S	C	A	AD			
OD	-2.50	-1.00	75	+2.50			
OG	PL	-2.00	70	+2.50			
-----					-----	TOTAL TTC	1900

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE NEUF CENTS  
DHS TTC

