

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0055867

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7279 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUZZIK HASSAN
 Date de naissance : 25/12/1963
 Adresse : Même adresse
 Tél. : 0666264930 Total des frais engagés : 2754,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/2023
 Nom et prénom du malade : MOUZZIK HASSAN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection longue durée
 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) : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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

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
03.10.2023	C		300,	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3.10.23	154.60

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
		AM	PC	IM	IV	
LZ OPTICAL OPTICIEN - OPTOMETRISTE ROND POINT FARAH SALAM, LOT AL AZHAR S1 FB 5, BAT. 1- MAG 4-CASABLANCA FIX : 05 22 69 11 79	20/10/2023					2800,00 DH

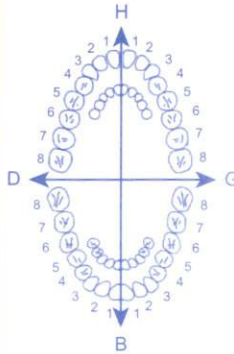
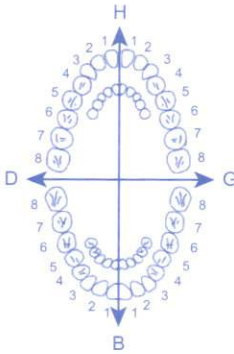
LAKLALECH
ZAKARYAA
Tél : 095029609

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																						
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D		G																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 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 الجلالة باللايزر.
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو
جراحة مسالك الدموع
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
اللايزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 03/10/2023

MOURFIK Hassan

رقم النسخة
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
21/NRQ
PPV : 24,60 DHS

2460
- FRAKIDEX COLLYRE (Framycétine.Dexaméthas)
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 7 jours

- HyFresh collyre solution stérile
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

130.00

154.60



PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. Mikou
28, Rue de la Liberté, Casablanca
Tél: 022 90 21 67 - CASA

Dr. Mohammed Mikou
Ophtalmologiste
28, Rue de la Liberté, Casablanca
Tél: 022 90 21 67 - CASA

EXP: 02
PPC: 130 DH 00

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 باللايزر.
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو
جراحة مسالك الدموع
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
اللايزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 03/10/2023

MOURFIK Hassan

Oeil Droit : $(90^\circ - 0,75) + 0,75$, Addition + 2,50

Oeil Gauche : $(90^\circ - 0,75) + 0,75$, Addition + 2,50

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

LZ OPTICAL
OPTICIEN OPTOMETRISTE
ROND POINT PARAH SALAM, LOT AL AZHAR
51 FB 5, Bâtiment MAGASIN CASABLANCA
FIX : 05 22 86 11 79

Dr. Mohammed Mikou
Ophtalmologiste
Angle 14 Avenue El Moumen, 2^{ème} étage N° 18
20000 Casablanca - Maroc
Tél: 0522 86 28 20 - GSM: 06 61 09 57 50



LZ OPTICAL

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Facture N :

Casablanca le : 20/11/2023

Mme / Mr : Mounfik Hassam

Dr :

VL

VP-Add

OD : +0,75 (-0,75x90°)

OD : +2,50

OG : +0,75 (-0,75x90°)

OG : +2,50

Monture

Verres

optique

ROGORG AR Bleu

600,00 DH

1700,00 DH

Total à payer : 2300,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille trois cents

LZ OPTICAL
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
ROND POINT FARAH SALAM - LOT AL AZHAR
STREET - BAT. 1 - MAG 4-CASABLANCA
TEL : 79 11 69 0522
FIX : 05 22 69 11 79

Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar, S1 FB 5, Bat. 1-Mag 4-Casablanca

Tél.: 79 11 69 0522 Email: optic.farah.salam@gmail.com

RC n°: 516327 - Patente: 36002555-IF : 47258415-ICE: 002902171000020-INPE: 095029609