

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

201361

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1956

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENCHEKROUN ANISSA

Date de naissance :

18/10/5156

Adresse : 109, rue MONTAIGNE VAL FLEURIE
CASA BLANCA

Tél. : 066146524

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/05/2024

Nom et prénom du malade : BENCHEKROUN Anissa Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD Pathologie :

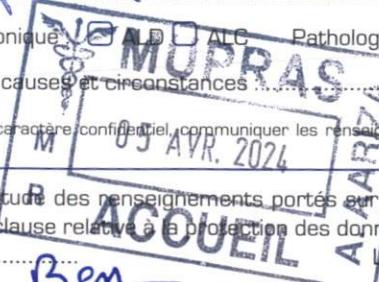
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

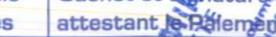
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Ben



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
05.03.2024	2 + 50		400,-	 Dr. Mohamed Al Attar Anouar et fils N° 18 7th GS Signature : 05/03/2024

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/03/24	282,00

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	

The image shows a dental treatment plan form from 'Santén' with several medical documents and prescription pads resting on it.

Top Left Document: A red and white prescription pad for 'Icomb®' (Tobramycin, Dexamethasone Suspension Ophthalmique Stérile). It includes a diagram of the eye with numbered points (1-8) and a grid for measurements. Handwritten notes include '5 ml', 'PPV : 28DH30', and 'Lot: Fab: Exp:'.

Top Right Document: A white prescription pad for 'Zalerg® 0,25 mg/ml' (Collyre 5 ml - PPV 25,00 DH). It includes a barcode and handwritten notes: '6 118001 102495', 'ZALERG 0,25 mg/ml', 'Collyre 5 ml - PPV 25,00 DH', 'Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca - Pharmacien responsable : Amina SAAUDI', and 'O.D.F.'.

Middle Right Document: A white prescription pad for 'Cationorm® Multi Emulsion Ophthalmique'. It includes handwritten notes: 'CCEFFICIENT DES TRAVAUX', 'ITS', 'L'EXECUTION', and 'PPC 178,00 DH'.

Bottom Left Document: A blue and white dental treatment plan form titled 'O.D.F PROTHESES DENTAIRES'. It features a diagram of the upper and lower dental arches with numbered points (1-8) and directional arrows (H, G, D, B). Handwritten notes include 'PPV : 28DH30' and 'Lot: Fab: Exp:'.

Bottom Center Document: A blue and white dental treatment plan form titled 'DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE'. It includes a table with columns H, D, G, and B, and handwritten notes: '25533412 | 21433552', '00000000 | 00000000', '00000000 | 00000000', and '35533411 | 11433553'.

Bottom Right Document: A white prescription pad for 'Zalerg® 0,25 mg/ml' (Collyre en solution 5 ml). It includes handwritten notes: 'Zالزلع 0,25 mg/ml', 'ملحول قطرات عين 5 ml', and 'كيرتونيفن 5 ml'.

Bottom Labels: 'VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS' and '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 سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكة العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 05/03/2024

BENCHEKROUN Anissa

28.30

- ICOMB COLLYRE

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours



178.00

- Cationorm

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois



75.70

- Zalerg 0,25mg/ml collyre

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



282.00

Dr. Mohammed MIKOU

Ophtalmologiste
Angle Bd. Anouar Ben Abdellah - Center
2ème étage - Casablanca
Tél: 05 22 86 28 20 - GSM: 06 61 09 57 50