

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

- Reclamation : 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.

N° W19-587949

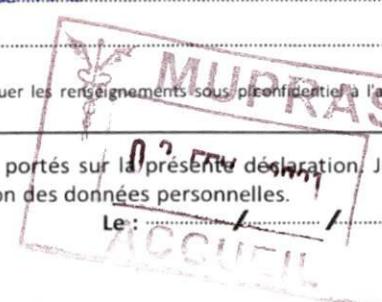
57971

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7767		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENTAHILA SAAD			
Date de naissance : 10/07/1953			
Adresse : lot le colline I n° 24 casab			
Tél. : 0666872653		Total des frais engagés : 480	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Mohand BENTAHILA OPHTALMOLOGISTE			
Date de consultation : 23/11/2020			
Nom et prénom du malade : BENTAHILA Saad Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : affection oculaire			
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'adjudant conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : 20/07/2020 CASA Le : 1/1/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

R M

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
23/11/2020	2		300	INP : 0000166338

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien Sur parking Casablanca - Tel.: 05 23 33 51 77 / 05 23 33 53 53	Date 23/11/2012	Montant de la Facture 180,30
PHARMACIE DE LA COLONNE Wholesale - Pat: 3610109 - IF: 50731792 - CNSS: 2001110000000004 - Email: paracetamol2012@gmail.com		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four rows: top (1-4), second (5-8), third (9-12), and bottom (13-16). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top and the horizontal axis labeled 'D' on the left. The bottom of the arch is labeled 'B'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلاة بالليزر
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكة العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

23/11/2020

PHARMACIE DE
ce casablanca
Sur Partie
BENTAHILA Saad
10, rue Sidi M'hamed el Fancien Makrof
CP: 24625 Casablanca 20100
Tél: 0522 22 33 57 77 103 22 33 50 53
Fax: 0522 22 33 57 77 103 22 33 50 53
E-mail: Dr.mohammed.mikou@gmail.com

Icomb collyre

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux pendant 8 jours

HYLO-COMOD GEL (Hyaluronate)

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

Dr. MOHAMMED MIKOU
BENTAHILA SAAD
10, rue Sidi M'hamed el Fancien Makrof
CP: 24625 Casablanca 20100
Tél: 0522 22 33 57 77 103 22 33 50 53
Fax: 0522 22 33 57 77 103 22 33 50 53
E-mail: Dr.mohammed.mikou@gmail.com

2022-07-
150,00
LGT
296453
PPC

ل.م.د
Icomb®

Lot: 380092
Fab: 02 20
Exp: 02 22

PPV: 30 DH 30

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض وجراثة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologue

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

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة باللائز
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكايان في بوردو
جراحة مسالك الدمو

الشخص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
اللaser متعدد الإشعاع
عمر بالجمعية الفرنسية لطب العيون

23/11/2020

Casablanca le,
BENTAHILA Saad

Oeil Droit : (100° -0,50) + 3,50 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (70° -0,50) + 4,00 , Addition + 2,50

VERBES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

AL FIRDAUS VISION
2024 Abderrahmen RDC N°5
Casablanca
GSM : 06 48724173