

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

*pos Déclaration de Maladie  
de médicaments  
Avant, conjoint le 20/03  
25003*

N° W19-435735

KATN / Anna Deoss

Autre :

Optique      Autres

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **2009**      Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : **BENCHERIF Amina Née FASSIL**

Date de naissance : **11/04/1956**

Adresse : **habituelle**

Tél. **6661711176**      Total des frais engagés : **8245,80** Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr. Mohammed MIKOU  
OPHTALMOLOGISTE  
Al Miaraj Center  
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdellmoumen  
zème étage, N° 18 - CASABLANCA  
05 22 86 28 20 GSM: 06 61 09 57 50**

Date de consultation : **09.01.2020**

Nom et prénom du malade : **BENCHERIF Amina**      Age:

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : **affection oculaire**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

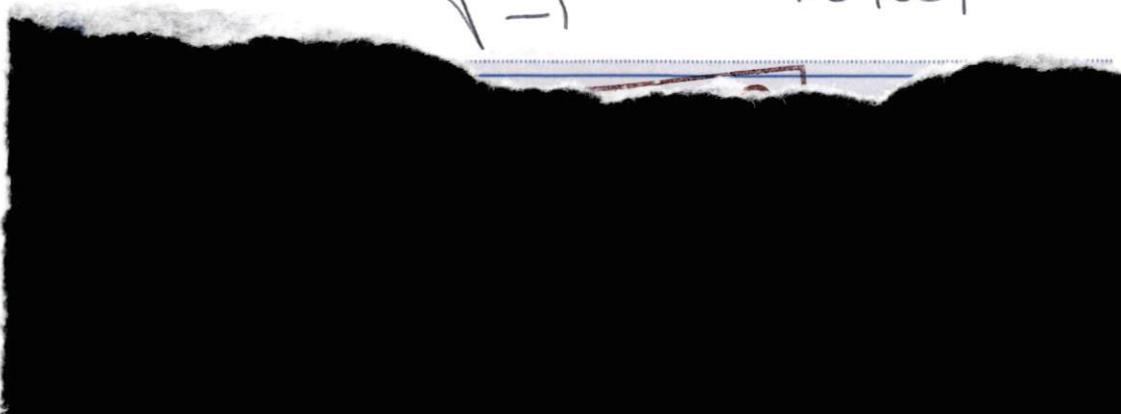
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **CASA** le **13 MARS 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

**12/03/2020**



### 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
09.01.2020	2+fo	4001,	4001,-	Dr. M. NDIAYE OPH. AI MAMADOU Angla Bd. Anoual et DAKAR 2ème étage, N° 18 - CASA 20500 Tél: 0522 86 28 20-GSM: 06 61 57 58

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LASM Mme SEKKAT Laïla 4 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmalek Sellal Casablanca Tél/Fax: 0522 86 65 80	09/1/2020	245,80
BLICK OPTIC s.a.r.l. 19, Rue Abou Ouda EL Harra Tél/Fax: 0522 85 50 49	10/03/2020	7600- dh

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

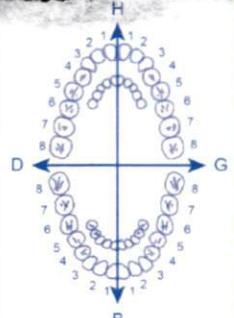
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

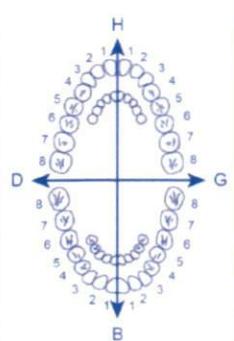
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

# 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 و جراحة العيون

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

جراحة مسالك الدموية  
فحص شبكيّة العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية  
الليزر متعدد الإشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, ..... 09/01/2020

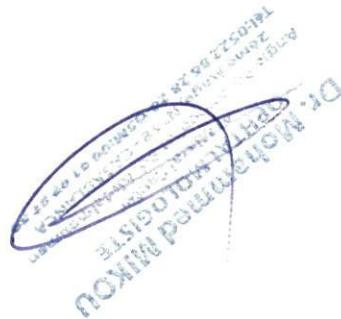
BENCHERIF Amina

Oeil Droit : (180° -0,75) + 1,75 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (15° -0,75) + 1,00 , Addition + 2,50

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

BLICK OPTIC s.a.r.l.  
19, Rue Abou Oumar El Harite  
Tél/Fax : 06 22 85 50 49  
GSM : 06 12 19 51 59 - CASA 20500



**FACTURE N° 4471**

Le 10/03 2020

**BLICK OPTIC s.a.r.l.**  
19, Rue Abou Omar El Harite  
Tél./Fax 05 22 85 50 49  
I.F. 02501567 - R.C. 103235  
Patente 34450450

Mme. BENCHERIF, Amina

Drd.: Dr. Mikou, Med. dts: 09/01/2020

Doit

La présente facture est arrêtée à la somme de:  
= SEPT MILLE SIX CENT = dh TTC.

**BLICK OPTIC s.a.r.l.**  
19, Rue Abou Omar El Harite  
Tunis-Tunis - 0622 85 50 49  
GSM : 06 12 19 51 56 - CASA 20500

ICE : 000038949000051