

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.

M22- N° 000529

Optique *156796* Autres

Royal Air Maroc

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *04652*

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : *CHAKIL MOHAMED*

Date de naissance : *02-01-1961*

Adresse : *Choue Amina Bent mahl quartier hanine CataKanca (Riad Hanine bul Hanine)*

Tél. : *0665014841*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *16/01/2023*

Nom et prénom du malade : *M. CHAKIL Mohamed* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *REFROGATION*

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 : *Casablanca*

Le : *16/01/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *CHAKIL MOHAMED*



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
16/01/2023	CS+K10 hémorragie	400,000/-	-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Dr. L'AGENCE 8, Bd Jules Guesde Tél. 05 22 30 10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
نضرات ناصری OPTIQUE NAIRY 218, Entr' Jadida GSM 0675058802	10/04/23					9800,-

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circular arrangement of 16 numbered circles (1 through 8) on a coordinate system. The axes are labeled D (left), G (right), H (top), and B (bottom). The circles are arranged in four concentric arcs, each containing four circles. The numbers are distributed as follows: the top arc (H) has 1, 2, 1, 2; the right arc (G) has 3, 4, 5, 6; the bottom arc (B) has 6, 7, 8, 1; and the left arc (D) has 7, 8, 1, 2. The numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 appear once in each quadrant.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrahman LAAYOUNI

Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août

Agree pour permis de conduire

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

الدكتور عبد الرحمن لعيوني

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العين - ليزير - أنجيوغرافي

خريج جامعة مونبولي

أستاذ مساعد سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

رخص السياقة

عضو في الهيئة الفرنسية لاطباء العيون



LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE

Casablanca, le 16/01/2023 الدار البيضاء، في

NK CHAKIL

Mohamed

نظارات ناعري
OPTIQUE NAIRY
210, Btira Jadida
GSM 06 75 05 88 02

Sur les :

① vers progressif

matrice

AK absu ✓

$$\begin{aligned}
 \text{OU} &= \left(\frac{20}{20} - 0,50 \right) \text{ plan \\
 OC} &= + 0,25 \\
 \rightarrow & \text{ vers assit.} \\
 \text{OU} &= + 3,00
 \end{aligned}$$

Dr. LAAYOUNI Abderrahman
SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE
AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE
8, Bd Yacoub EL Mansour - CASA
Tél.: 0522 98 10 28 / 0522 98 14 85

8 شارع يعقوب المنصور - الطابق الثالث - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف:

8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3^{ème} Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

OPTIQUE NAIRY

نظارات ناعري



218 ، البحيرة الجديدة - درب الإنجليز - الدار البيضاء - س.ت .

218, Bhira Jadida - Rue des Anglais - Casablanca - R.C.: 130.544

FACTURE № 3797

Casablanca, le

10. 04. 23

M CHAKIL MOHAMED

Doit

N° DE NOMENCLATURE :

Docteur : Abdelennakhan Laayouni

Monture : optique

800.00

Verres : SGG de proctressite

VL : angle ANF

OD : (20° - 0,50)

1000.00

OG : +0,75

1000.00

VP :

OD : 0061 + 3,00 GSM

نظارات ناعري
OPTIQUE NAIRY
218
Bhira Jadida
06 75 75 02

OG : 0061 + 3,00

TOTAL :

8800.00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

ICE: 000556962000033

I.F.: 14459887

Patente: 35340070