

#72406#

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-801227

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	L505		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		ESSAFI JAMAL	
Date de naissance :		27/02/1963	
Adresse :		ALAI OCEAN 0661186273	
Tél. :		5772 -	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 15/01/2024			
Nom et prénom du malade : DADHAN Lidiaina Age: 54			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/02/2024

VOLET ADHERENT

### 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
15/01/24	CS		250DH	INP : 0011041007 SOUINI Riva 2ème Etage Hôpital 12ème arrondissement

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL HAMDOULLAH</b> Dr. ZAIDI Hafida Lot. Anssari N°123 Dar Bouazza Casablanca Tél: 0522 2909 46 / WHATSSAP : 06 00 73 33 76 TCE: 001033220000066 INPE: 092067214	15/01/24	82.000

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

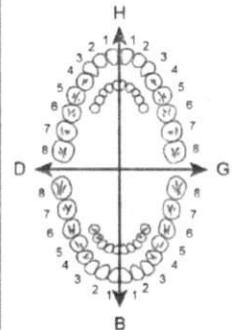
### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
	01/02/24		5440
			DR

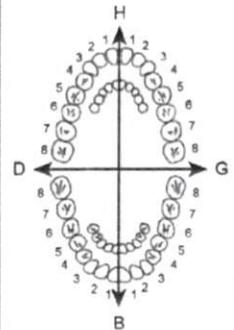
### VOLET ADHERENT

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

### SOINS DENTAIRES



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, 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

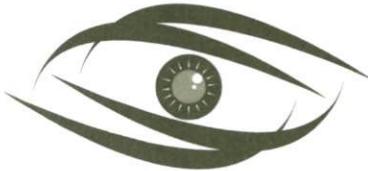
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Rihab NASROUNI  
Ophtalmologiste  
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني  
طبة وجراحة العيون  
صفار وكبار

- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة بكلية الطب بالرباط

15 janvier 2024

## Mme DARMAN Lidiana

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = - 1.50 (- 0.75 à 72°)

OG = - 1.50 (- 0.50 à 132°)

VP : ODG = Add : + 2.25

~~100, Avenue Mohamed V, Casablanca  
GSM: 0664763615  
INPE: 005062531~~

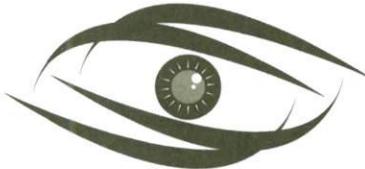
الساحل 2 . رقم 19 . الطابق الثاني . دار بوعزة - الدار البيضاء ( أمام مدرسة الأبيض )

Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com

Dr. Rihab NASROUNI  
Ophtalmologiste  
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني  
طبيب وجراحة العيون  
صغر وكمبار

- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز
- الملي متشقانى ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة
- بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة
- بكلية الطب بالرباط

15, janvier 2024

Mme DARMAN Lidiana

DR. ٠٠

ZERODUE

1 goutte x 3 / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



PHARMACIE EL HAMDOULLAH  
Lot. Aissaoui N°123 Dar Bouazza - Casablanca  
Tél: 0522 29 00 713 DDI Hafid 2  
TÉ: 00 1033 22 00 00066  
INPE: 09 206 7214

Dr NASROUNI Rihab  
Ophtalmologiste  
Littoral 2 N° 19 2ème Etage  
Bouazzza - Casablanca  
Tel: 05 22 29 20 43

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
82.00 DHS

الساطل 2، رقم 19، الطابق الثاني، دار بوعزة - الدار البيضاء ( أمام مدرسة الأبيض )

Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com

# LNKO

Adress : 100, Avenue 2 Mars RCE Tala Immeuble A RDC Maarif Casablanca

Tél : 06 64 76 36 15

contact@lnkobrand.com

INPE : 065062531

1/2/2024

FACTURE N°72406

Mme / Mr : DARMAN LIDIANA

DESCRIPTION	MT HT	TVA 20%	MT TTC
<b>Monture</b>	750,00	150,00	900,00
<b>VISION DE LOIN</b>			
<b>OD</b> : Verres organiques -1,50 (-0,75 à 72°) PROGRESSIF Anti -Reflets	1 891,67	378,33	2 270,00
<b>OG</b> : Verres organiques -1,50 (-0,50 à 132°) PROGRESSIF Anti -Reflets	1 891,67	378,33	2 270,00
<b>VISION DE PRES</b>			
ADD +2,25			
<b>TOTAL</b>	4 533,33	906,67	5 440,00

Arrêté la présent facture à la somme de : Cinq mille quatre cent quarante dhs

LNKO S.A.R.L  
100, Avenue 2 Mars RCE Tala Immeuble A  
RDC Maarif Casablanca  
GSM: 0664763615  
INPE: 065062531

ICE: 002446492000067 IF: 45647563 PATENTE : 36366927 RC : 461905