

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.

N° W19-421683

42921
CP

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 11244 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Moussaïd ABDELKARIM |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | Total des frais engagés : 4566,60 Dhs | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : Moussaïd Abdelkarim Age: | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : correction optique, 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 26/03/2020 | I.N.P.E: 0.3.1/26.54.3 | C.S | 200.D.H. | INP : 03/26/543 E2-03/26/543 Dr. Ezzeddine Lahouar - Chirurgien Dentiste 219, Avenue Lahzar 24000 Marrakech Tunisie +216 22 28 18 74 - 0529 0009 15 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 26/09/2022 | 166,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------|-------------|--|---|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|---|---|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | H | G | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | B | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | G | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | B | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |

Docteur EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda

Ophthalmologiste

الدكتور الزهراوي محمد رضا

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

* Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech

* Diplôme universitaire en OCT - Université de Bordeaux

* Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon (France)

* خريج كلية الطب بالرباط و مراكش

* دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكية - جامعة بوردو

* طبيب سابق بمستشفيات لyon (فرنسا) N° 161 Ain Chock

Casablanca, le :

26 / 05 / 2020

الدار البيضاء، في:

Moussâïd Abdellah

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Oulettif
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAUDI



54,10

- Lamada

17/05/2020

- Lotemad



Tableau A (Liste I)

جدول (ألفاظة I)

Distribué par Zenith Pharma

AMM Maroc N°: 32 DMP/21/NNP

ر. المغرب رقم:

PPV = 112,50 DH

®/TM are trademarks of Bausch & Lomb Incorporated or its affiliates.

العنوان : 219 ، شارع الهاوين (المدنية) قرية الجماعة، سباتة، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء

الهاتف : 06 39 75 75 70 - 05 22 29 18 29 - المستعجلات :

219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité djemaâ , Sbata 2^{ème} étage (au dessus de pharmacie Erraha) - Casablanca

Tél : 05 22 29 18 29 - Urgences : 06 39 75 75 70

- * Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech
- * Diplôme universitaire en OCT - Université de Bordeaux
- * Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon (France)

- * خريج كلية الطب بالرباط و مراكش
- * دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكة - جامعة بوردو
- * طبيب سابق بمستشفيات ليون (فرنسا)

Casablanca, le :

26/09/2020

الدار البيضاء، في:

T-Housain Al-Kaïm

Une paire de lunette en lunette, avec
progressif anti-reflet :

- D: +0,50 (-0,50 à 100)
- SA: +0,60 (-0,50 à 77)

ASA + 2,00 en SAC

~~OPTIONE HILTON~~
Derb Bouchentouf Rue 46 N° 60
(Gsm : 06.65.83.22.70 - Casablanca)

العنوان: 219 ، شارع الهراءين (المدينة) قرية الجماعة، سباتة، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء
الهاتف: 06 39 75 75 70 - المستعجلات: 05 22 29 18 29

219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité djemaâ , Sbata 2^{ème} étage (au dessus de pharmacie Erraha) - Casablanca

Tél : 05 22 29 18 29 - Urgences : 06 39 75 75 70

OPTIQUE HILTON

Derb Boucentouf

Rue 46 N° 60

Casablanca

Casablanca le : 01/01/2020

N°: 01067

Mr : Hassan A. Belkadi

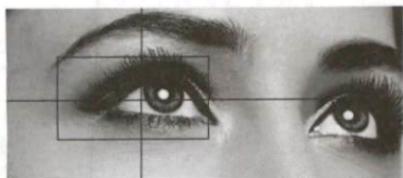
ICE:
002099683000015

| | PRIX |
|------------------|--------------------------------|
| MONTURE : | Optique 600,- |
| VISION DE LOIN : | Progressif PGX/SR 1800,- |
| ŒIL D : | (100 - 80) + 0,00 |
| ŒIL G : | (77 - 70) + 0,50 |
| VISION DE PRES : | Progressif 1800,- |
| ŒIL D : | (-0,00) + 2,80 |
| ŒIL G : | (+0,00) + 1,50 |

Arrete la presente facture

a la somme de

Quatre mille quatre cent 440,-



OPTIONE HILTON
Derb Boucentouf Rue 46 N° 60
Cap : 10.05.03.2270 Casablanca
PATENTE N° : 33 55 94 31 IDEFIANT FISCAL N° 45 42 34 90