

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **ptique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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**

- 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 082.19 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : K.HBAZ HICHAM

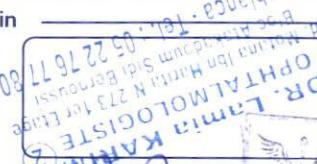
Date de naissance : 07 - 06 - 1968

Adresse : 6 FLAT 20 CGT BOUMLOURT

Tél. : 06.61.46.91.91 Total des frais engagés : 2463,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2020

Nom et prénom du malade : K.HBAZ ABAR Age : 19 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Correction des yeux Allergie

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 : 09/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

*08/11/90*  
et signature du Médecin  
nt le Paiement des Actes

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
3/9/2020	(DR) L'assurance maladie	DR 100,000,00	DR 100,000,00	DR. Lamine A. TRIM
				DR. Lamine A. TRIM
				DR. Lamine A. TRIM

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE ROYAN 10 AVENUE DE ROYAN 17200 ROYAN	29/09/2020	363,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
TOQUE MILLE POUR CENT OPTICIEN STOMÉTRISTE	1/6/1979		2			11.902,120.00

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553

A circular diagram showing the numbers 1 through 8 arranged in a circle. The numbers are positioned as follows: top (H) is 1; top-right is 2; right is 3; bottom-right is 4; bottom is 5; bottom-left is 6; left is 7; top-left is 8. Arrows indicate a clockwise cycle: 1 to 2, 2 to 3, 3 to 4, 4 to 5, 5 to 6, 6 to 7, 7 to 8, and 8 back to 1. There are also arrows pointing counter-clockwise: 1 to 8, 2 to 7, 3 to 6, 4 to 5, 5 to 4, 6 to 3, 7 to 2, and 8 to 1.

#### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table> 									<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table> <b>DATE DU DEVIS</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Lamia KARIM EN-NHAILI**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux  
pour Adultes et Enfants

- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Glaucome - Angiographie Numerisée - Laser
- Lentilles de Contact
- Chirurgie Réfractive
- Strabisme

لا تغير تاريخ المض

2020

الدكتورة لمياء كريم النحيلي  
أخصائية في طب وجراحة العيون  
للتكميل والصغار

- جراحة الجلاة بالليزر
- داء الزرق - تصوير الشبكية - الليزر
- العدسات الاصناف
- جراحة تصحيح البصر بالليزر
- جراحة الحول

Casablanca - Maroc - Mme KHBAZ ABIR الدار البيضاء في

₾ 5.00

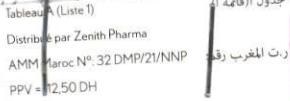
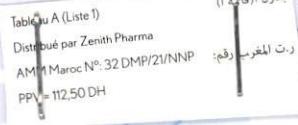
LEVOPHTA 0.05%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV : 75.00 DHS  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQ

LOT/FAB/  
ج. الصنع  
EXPI./效期

## 1/ LEVOPHTA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

₾ 12.50 x 2



## 2/ LOTEMAX

1 goutte 3 fois par jour Pd 5 jours

1 goutte 2 fois par jour Pd 10 jours

1 goutte 1 fois par jour Pd 15 jours, les deux yeux

₾ 3.20

## 3/ ZYRTYEC

SV

₾ 3.20

1 cp / jour, le soir au coucher, 1 Mois

شارع منسى بن حارثة رقم 273، الطابق الأول حي التقدم - سيدى البرنوصي - الدار البيضاء

Boulevard Motana Ibn Harita N°273, 1er Etage Hay Atakadoum - Sidi bernoussi - casablanca

البريد الإلكتروني: dr.karim.lamia@gmail.com - الهاتف: Tél : 05 22 76 77 80

INP : 09 11 44 949

# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture

0002317

Date:

16/09/2020

Mr: KHB AZ ROHIR

Docteur: LAMIA KABILY-NHAICI

Type des Verres: ergonomique anti-reflet

Monture: PC ASIQUE 300,-

\* Vision de Loin :

OD	Axe	90	Cyl	-0,25	Sph	500,-
----	-----	----	-----	-------	-----	-------

OG	Axe	120	Cyl	-0,25	Sph	500,-
----	-----	-----	-----	-------	-----	-------

\* Vision de Prés :

OD	Axe		Cyl		Sph	
----	-----	--	-----	--	-----	--

OG	Axe		Cyl		Sph	
----	-----	--	-----	--	-----	--

Add:

Montant: 750,-

mille neuf cent douze

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C: 242426

T.P: 023451 - Patente: 30057211

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Lamia KARIM EN-NHAILI**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux  
pour Adultes et Enfants

-Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification  
- Glaucome - Angiographie Numerisée - Laser  
-Lentilles de Contact  
-Chirurgie Réfractive  
-Strabisme

09 Septembre  
2020 لا تغير تاريخ المدى

الدكتورة لمياء كريم النحيلي  
أخصائية في طب وجراحة العيون  
للتكميل والصغرى

-جراحة الجلاة بالليزر  
-داء الزرق - تموير الشبكية - الليزر  
-العدسات الاصناف  
-جراحة تصحيح البصر بالليزر  
-جراحة الحول

Casablanca le Mme KHBAZ ABIR الدار البيضاء في

**Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets, Amincis**

OD = Plan (- 0.25 à 20°)

OG = - 0.25 (- 0.25 à 170°)

OPTIQUE MILLE POUR CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE

DR. Lamia KARIM  
OPHTHALMOLOGISTE  
Bd. Motana Ibn Harita N°273, 1er Etage Hay Atakadoum - Sidi bernoussi  
Casablanca - Tel. : 05 22 76 77 80

شارع مثنى بن حارثة رقم 273. الطابق الأول حي التقدم - سيدى البرنوصي - الدار البيضاء  
Boulevard Motana Ibn Harita N°273, 1er Etage Hay Atakadoum - Sidi bernoussi - casablanca  
البريد الإلكتروني: dr.karim.lamia@gmail.com  
Tél : 05 22 76 77 80 - الهاتف: Email: dr.karim.lamia@gmail.com  
INP : 09 11 44 949