

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7787

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENABDALLAH LANCIEN

Date de naissance : 17/02/52

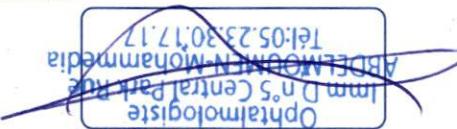
Adresse : 240 APT 01 RUE ABIZARA EL WAFA

MOHAMMEDIA

Tél. : 06 48 20 19 81 Total des frais engagés : 19.00,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/03/2022

Nom et prénom du malade : BENABDALLAH LANCIEN Age : 70 Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

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 : MOHAMMEDIA Le : 20/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
30/03/2012	cs		250,00	DR. LUCAS DUMONT CE-17-03-2012

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <i>Dr. Abdellah</i>			<i>1650,00 \$</i>

AUXILIARIES MEDICALS

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a 16x16 grid with numbered circles (1 through 8) and arrows indicating movement paths. The grid is bounded by axes labeled D (left), G (right), H (top), and B (bottom). Arrows point from one circle to another, forming a path that starts at circle 1 (top center) and moves through various numbered circles across the grid.

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr İlham EL HAKOUR

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie Des Yeux

Ex-attaché à l'hôpital militaire d'instruction

Mohammed V de Rabat

الدكتورة إلهام الهاكور

اختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة سلامة في المستشفى

ال العسكري الدراسي الخامس بالرباط

Mohammedia, le.....
الحمدية، في

30 mars 2022

Mlle BENABDALLAH Nisrine

Monture + verres correcteurs

OD = - 0.75 (- 0.50 à 175°)

OG = Plan (- 1.00 à 40°)

OPTIQUE TRIOMPHE
Opticien Optométriste
8, Rue du Rif Mohammed V
Tél: 05 23 32 69

D. İlham EL HAKOUR
Optimologue
Rue Abdelmoumen - Mohammedia
Tél: 05 23 30 17 17

Il est strictement interdit de changer la date de la consultation

Residence CENTRAL PARK, Imm D n°5 (1^{er} Etage), Rue Abdelmoumen - Mohammedia

زنقة عبد المؤمن [قاعة سوترا] بارك، عمارة D رقم 5 (الطابق الأول). المحمدية

05 23 30 17 17

dr.elhakour@gmail.com

INPE : 091167411

06 07 44 48 97

نظارات النصر
OPTIQUE TRIOMPHE



MEDICAL ET SOLAIRE

Av . des F.A.R. - 6 , Rue du Rif
Mohammedia Tét : 05 23 32 68 05
Registre de Commerce : 1638
Patente : 39401670

Mohammedia, le : 7. 6.2022

M : Edward Hall
Nisrane

FACTURE N° 003640

ICE : 001770371000031

I.F : 54502520

Ordonnance de Mr. le Docteur M. LHAMEL HABOUR

N° de nomenclature
Correspondant
A la prescription

OD 403
OG 407

VL . OD : axe Hr - cyl - 036 sph = 71
OG : axe 40 - cyl - 11 - 11 sph

VP . OD : axe - cyl sph
OG : axe - cyl - sph

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
<u>1</u>	Mountures <u>407</u>		<u>200</u>
<u>2</u>	Verres <u>407</u> <u>407</u> <u>407</u>		<u>120</u>
	Etuis		
Total (en)			<u>160.00</u>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Sidi Sadiq

OPTIQUE TRIOMPHE
Opticien Optométriste
8, Rue du Rif, Mohammedia
Tél: 05 23 32 68 05