

## 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° W21-622799

139528

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9711	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BIFDEN SAID		
Date de naissance : 23/03/1962		
Adresse : 4, RUE EL HADJ TAWFIK AV. MENG Sultan		
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs	

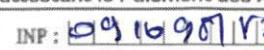
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. M'BARECH LAHLOU Sabah</b>  <b>OPHTALMOLOGISTE</b>          124, Bd Rahel El Meskin          5e Etage - Casablanca          Maroc       </div>		
Date de consultation : 26/11/2022		
Nom et prénom du malade : Nelly BIFDEN IKRAN. Age: _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Amboptique		
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) :

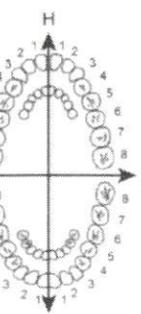


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/11/2022		12	300 DT	INP : 0916981V2  Dr. M. Meskini, TALMOLOGISTE, JAHOU Sabah

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	
LUXOPTIC 196, Avenue Mers Sultan-Casablanca Tél: 05 22 48 95 74 / 05 22 47 48 89	21/11/15 8.3				100,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	26533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

# CABINET MÉDICAL D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة مبارش لحلو صباح

Dr MBARECHE LAHLOU Sabah

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée du CES d'Ophtalmologie

Université de Montpellier France

Ancien Médecin Spécialiste au

C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca

Chirurgie Oculaire

Lentilles de Contact

Laser - Angiographie

INP : 091098152



001625125000060



الدكتور لحلونور اليقين

Dr LAHLOU Nourelyakine

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé du CES d'Ophtalmologie

Université de Montpellier France

Ancien Médecin Spécialiste au

C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca

Ancien Médecin Chef et Chef de Service

à l'Hôpital Omar Idrissi Fès

Chirurgie des Paupières et annexes

Chirurgie des Voies lacrymales

INP : 091032979



001626216000091

Casablanca, le

le 15/11/2022

N = BifDEN. IKRAN.

PD = 62mm

Sult\_Liou OD: (180°, -0,75) -6,10  
OS: (145°, -0,75) -6,25

au huit

LUXOPTIC

196, Avenue Mers Sultan-Casablanca

Tél.: 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

LAHLOU Sabah  
OPHTALMOLOGISTE  
14 Bd Rahal el Meskini  
5ème étage - Casablanca - Maroc

124, Bd Rahal el Meskini, 5ème étage, Quartier benjdia Casablanca, CP : 20120

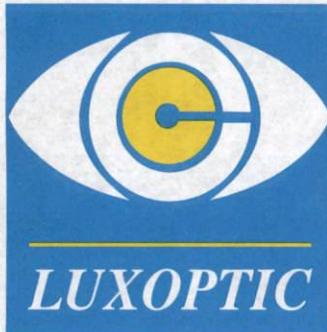
entre MARJANE Liberté, L'OREAL et la Maisons VOLVO

Tél. : 05 22 44 20 64 / 05 22 45 20 64 - Tél. fax : 05 22 44 28 94 - E-mail : lahloou.nourlyakine@gmail.com

en cas d'urgences appelez 0665 07 33 13

لا تغير تاريخ الفحص

On ne change pas la Date d'Examen



196, AVENUE MERS-SULTAN - CASABLANCA

Tél. : 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

**FACTURE N° 0010551**

Le ... 21/11/2022

M BIFDEN TKNAM

Ordonnance de Mr le Docteur M'BARECHE LAHLOU SABAH

N° de nomenclature correspondant à la prescription	<u>Loin</u> { O.D. = <u>-6,50 (-0,75)</u> 180) O.G. = <u>-6,25 (-0,75)</u> 175)	<u>Près</u> { O.D. = ..... O.G. = .....	<u>D.F.</u> { O.D. = ..... O.G. = .....
--	---	---	---

## **FOURNITURES :**

1 Montures : PLASTIQUE	500
2 Verres : ORGANIQUES ANTIREFLÉTS	600
Amorcis	
<b>TOTAL</b>	<b>1100.00</b>

**la présente facture arrêtée à la somme de Dh.**

Dont T.V.A. 20% inclus:

MILLE CEST DINAMIS

## TOTAL

Mosso

LUXOPTIC

196 Avenue Mers Sultan-Casablanca

Tél.: 01 33 48 05 74 / 05 23 47 48 89

• Tel.: 03 22 46 05 | E-Mail: 03 22 31 40 09

REGLEN BAR CH

4371000000

4271000023

R.C. : 252634 - C.N.S.S. : 2622323 - T.P. : 34204128 - I.F. : 41805998 - ICE : 00083427100023