

74147

## 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.

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 4505

Matricule : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_

Actif       Pensionné(e)       Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : ESSAÏD JAHAL

Date de naissance : 27/02/1963

Adresse : 1 lot OCEAN DABOIAZZE

Tél. : 0661180073 Total des frais engagés : 3562,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/02/2024

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Affection ou longue maladie

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 : 06 MAR 2024 Le : 06/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : Jahal



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
27/02/24	C.S.		250 DH	INP : 051204001 Optalmol 2019-2020 Grazza - Gourc 02 26 43

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
<u>L.N.I.C.S.A.R.I.</u> Avenue 2 Mai Fès Tel: Immeuble A RDC, Maarif Casablanca GSM: 0664763615 INPIE: 065062531	28/02/24					3050,00 DHS	

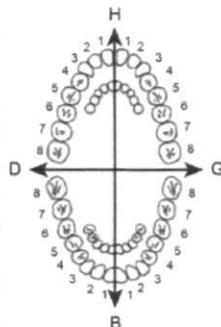
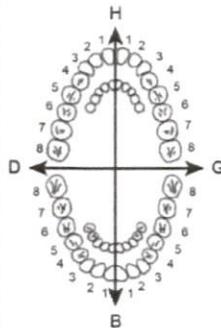
#### **VOLET ADHÉRENT**

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
		00000000	00000000																
	D	00000000	00000000																
		35533411	11433553																
	B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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  
طب وجراحة العيون  
صفار وكبار

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

27 / février 2024

Mr. ES-SAFHI Jamal

84,80

OPATANOL: COLLYRE CL



3 700822 601337

LOT



89.00 X2 1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant

VISIONLUX PLUS



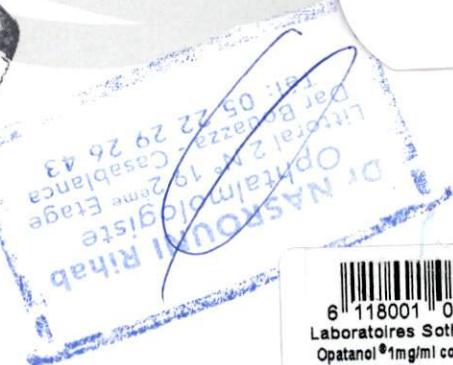
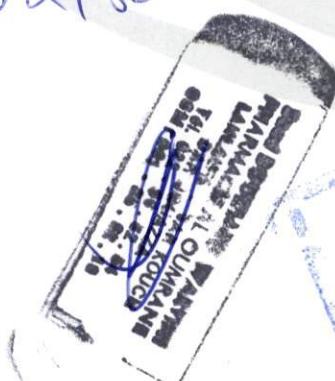
3 700822 601337

LOT



3 goutte par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

262,80



السادل 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

28/2/2024

FACTURE N°**74147****Mme / Mr : ES-SAFHI JAMAL**

DESCRIPTION	MT HT	TVA 20%	MT TTC
74147			
<b>Monture</b>	541,67	108,33	650,00
<b>VISION DE LOIN</b>			
<b>OD</b> : Verres plan (-0,25 à 135°) Progressifs antireflets	1 000,00	200,00	1 200,00
<b>OG</b> : Verres plan (-0,25 à 38°) Progressifs antireflets	1 000,00	200,00	1 200,00
<b>VISION DE PRES</b>			
ADD +2,50			
<b>TOTAL</b>	2 541,67	508,33	3 050,00

Arrêté la présent facture à la somme de : Trois mille cinquante dhs

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

*LNKO STYL*  
100, Avenue 2 Mars RCE Tala Immeuble A  
RDC Maarif Casablanca  
GSM: 0664763615  
INPE: 065062531

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  
طب وجراحة العيون  
صغر وكمبار

- طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة بكلية الطب بالرباط

27 / février 2024

## Mr. ES-SAFHI Jamal

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = Plan (- 0.25 à 135°)

OG = Plan (- 0.25 à 38°)

VP : ODG = Add : + 2.50

~~LNKOSARL~~  
100, Avenue 2 Mars Casablanca  
RDC Maârif Casablanca  
GSM: 0664763615  
INP: 065042531

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