

# 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>10992</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HARRIRI NAOUAL 20° 926</b>			
Date de naissance : <b>13.06.76</b>			
Adresse : <b>02 Rue Montaigne, Etg 4, Appt 12 Val Fleuri, casablanca</b>			
Tél. : <b>0660360174</b>		Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<b>Dr. Mohamed LAHLOU</b> <b>OPHTHALMOLOGISTE</b> <b>06, Bd. Hassan Seghir - 1er Etage</b> <b>tél: 0522 44 3021 / 54 15 45 - Casa</b> <b>urgence: 0661 10 12 69</b>		
Cachet du médecin :			
<b>04 JAN. 2024</b> <b>HARRIRI Naoual</b> Age: <b>58</b>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :			
Nature de la 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'até médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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
01 JAN. 2024	CS	12	300	INP : 091089698 Dr. Mohamed OPHTHA 100, Bd. Tizi Signature

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/04/2024	210.000

## 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
		AM	PC	IM	IV	
	19.01.24		monture			7.000.- Dh
			+ 2 verres			

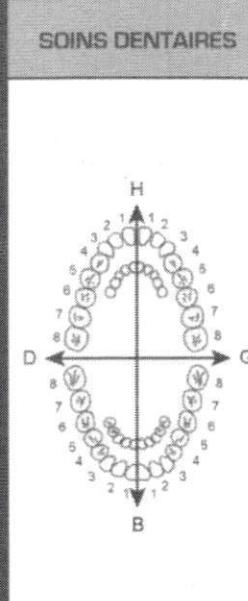
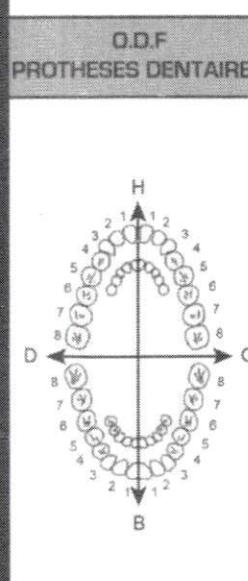
VOL. 5

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>								
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>								
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>								
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>								
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>											
	<table border="1" data-bbox="1584 930 1819 1092"> <tr> <td>25533412</td><td>21433562</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>				25533412	21433562	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433562											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
	<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>											
	<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Mohamed Lahlou

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ancien Ophtalmologiste aux Forces Armées Royales

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de Cataracte par Phako

Lentilles de contact - Laser - Angiographie

Chirurgie de la Paupière

محمد لحلو

في أمراض وجراحة العيون

بريج جامعة مونبولي

طبيب عيون سابق بمستشفيات

القوات المسلحة الملكية

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة البلاة بالليزر

العدسة اللاصقة

جراحة المجنون

04 JAN. 2024

Casablanca, le

HARAF RT Na anal  
Correction optique

Venes + Rontgen

V. Progressif

V. Ménier

V. Petits Reflets au VERT

VL 0 0 : + 3

0G : + 3,28

VL 0 0 G Add + 1,75

avec un Outrage sur

0 1 1 bleu

UNITED OPTICAL  
45, Rue Mousapha Maitreul  
Parc d'Activité Mousapha Maitreul  
Gauthier Mousa Jon Noucet  
TAI / FRX. 002 27 07 07

Dr. Mohamed Lahlou  
OPHTHALMOLOGIST  
Hassan Seghir, 154 10 12 69  
3021 154 10 12 69  
1er étage, Casablanca

106، شارع حسن السعدي، الطابق الأول، الدار البيضاء، الهاتف: 0522 44 30 21 / 0522 54 44 30 21 - المحمول: 0661 10 12 69  
106, Bd Hassan Séghir, Kissariat Ben Jelloun, 1er étage, Casablanca - Tél: 0522 44 30 21 / 0522 54 15 45 - GSM: 0661 10 12 69

Docteur Mohamed Lahlou

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ancien Ophtalmologiste aux Forces Armées Royales

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de Cataracte par Phako

Lentilles de contact - Laser - Angiographie

Chirurgie de la Paupière

الدكتور محمد لحلو  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة مونبولي

طبيب عيون سابق بمستشفيات

القوات المسلحة الملكية

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة المجلالة بالليزر

العدسة اللاصقة

جراحة الجفون

04 JAN. 2024

Casablanca, le 04 JAN. 2024

H A R R A F . N a r a l

1) Role dual de l'O

136<sup>th</sup>

rypte x 31 1ere séri

28<sup>th</sup>

2) physio de ces aff des  
lavage oculaire

213<sup>th</sup>

Pharmacie Mehdi  
A. Drissi Kaitouni  
2 George Sand  
+212 522 25 82 89 - Casab

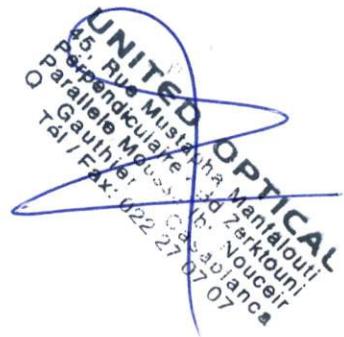
Dr. Mohamed LAHLOU  
OPHTHALMOLOGISTE  
106, Bd. Hassan Seghir - 1er étage  
Tél: 0522 44 3021 / 0522 54 15 45 - Casab  
Urgence: 0661 10 12 69

# UNITED OPTICAL

Le : 19/01/2024  
Mme : Harriri Naoual  
Facture : 031/24

Quantité		Total ttc
1	Monture	2000.00
Total		2000.00 Mad

INPE : 095001566  
Adresse : 1 rue Abou Al Kacem Chabi Gauthier Casablanca  
PATENTE : 33509525  
IF : 40305141  
ICE : 00427539000029



# UNITED OPTICAL

Le : 19/01/2024  
Mme : Harriri Naoual  
Facture : 030/24

Quantité		Total ttc
1	Verre OD :	2500.00
1	Verre OG :  Deux verres progressifs organiques Antireflets amincis bleu	2500.00
Total		5000.00 Mad

INPE : 095001566  
Adresse : 1 rue Abou Al Kacem Chabi Gauthier Casablanca  
PATENTE : 33509525  
IF : 40305141  
ICE : 00427539000029

UNITED OPTICAL  
45, Rue Mustapha Maalouli  
Perpendiculaire Bd Zerkoune  
Parallel Moussa Ibn Nouceir  
Gauthier Casablanca  
Tél / Fax: 022 21 07 07