

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)		21.769	
Matricule : M451		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : SOUSSI, MEHDI ALLA		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 01.04.74		Adresse : 8N. Jdid lancen Beneloud	
Tél. : 0106148546		Total des frais engagés	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : HAJAR HENNA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Caffeine			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Ensuite de la grippe			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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) : SOUSSI

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-510533
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : M451	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

بصريات إسرا
ISSRAA OPTIQUE



Facture N° 102337

Date : 10/03/2020

Nom : Mémo - HABIB

Ordonnance du Docteur : *S. J. M. B.*

N° NOMENCLATURE

V.L. $\left\{ \begin{array}{l} OD \\ OG \end{array} \right. \begin{array}{l} \text{---, 7, 6, 2, 1, 6} \\ \text{---, 1, 2, 1, 6, 1} \end{array}$ Optique
Enseignement Hay Hassani
327255
19858
217

Add { *Pat. No. 001
ICE: 001*

P.U	P.T
700	811
800	811
1100	100

Arrêté la somme à : milli ci-y com
Dollar

Patente : 40712815

Dr.REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse

Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبية سابقة بمستشفيات تولوز

طبية سابقة بمستشفى 20 غشت بالدارالبيضاء

جراحة العجالة بالصدى . تصميم البصر بالليزر

تصوير النوعية الشبكية . عدسات الاصنقة فحص الشبكية

- Dennau Hajar

09 MARS 2020

RSRAA Optique

Boulevard 'B' Bd Errachidi Hay Hassani
Berrechid - Tel: 0522 32 72 55
Port: 402 48555 / RC N°: 19858
IBS 001271503000017

Prescription pour ∞ (00) Date 2

$OD: +0,25 (- 0,25 @ 60^\circ)$

$OS: +0,25 (- 0,25 @ 02^\circ)$

1) OZodrop

gtn 21/3 002 12

O. REZKI Sirine
Ophthalmologiste
Angle Bd M'd Yacoub El Mansour
Entrée B Appt n° 5 - 1er étage
Berrechid - Tel: 05 22 51 75 39

روابية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) أقا مقام الحاج أحمد الطابق الأول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél : 05 22 51 75 39 / 06 56 16 04 86 - E-mail : sirine.med11@gmail.com