

## 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.

N° W19-542397

ND = 43318

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

04921

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADNANE M HAMED

Date de naissance :

01-01-59

Adresse :

AF BD la résistance lete enour  
BENZERKA

Tél. :

06 68 44 87 05

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

Nature de la maladie :

Conjoint

Enfant

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 :

Berrechid

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/09/2020

Dew

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-542397

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

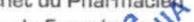
Matricule : 04921  
Nom de l'adhérent(e) : ADNANE

Total des frais engagés :  
Date de dépôt : 01-9-2020

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
15/06/2023	ICIS	250,000 H		INP
15/06/2023	ET	Brancard		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie AITAQAOUA</b> Pharm. d'art. Docteur en Pharmacie Moukaouma Lot Enseigne Tel: 0522-324592	15/10/2020	223,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

10

四

10

## طبية سابقة بمستشفى ٢٠ غشت بالدار البيضاء

جراحة الجلالة بالصدى . تصحيم البصر بالليزر

424

## تصویر النوعية الشبكية . عدسات الاصنقة فحص الشبكية

- ABnace Name

220 1111 15

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

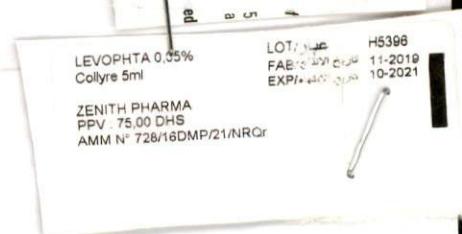
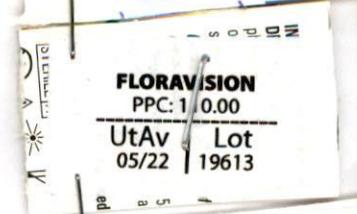
(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) اقامة الحاج أحمد الطابق الأول المدخل B الشقة رقم 5 - رشيد

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

Angle Bd Mohammed 5 Rue Yacoub El Moustakbal  
(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid  
Téléphone : 0524 22 11 11 E-mail : [med11@gmail.com](mailto:med11@gmail.com)

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

88 - of - 202



**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**

طبيبة ساقية بوستنق تاوارز

طبيبة ساقية بوستنق ٢٠ منت الدارالبيضاء

جراحة العدالة بالصدى . تصحيح البصر بالليزر

تصوير الأوعية الشبكية . عدسات اللاصقة فحص الشبكية

ADnau Rhamed

14 JUL 2022

1) lunettes ver cor (ur) ab2  
-5,00 (- 2,50 à 70°)  
-0,75 (- 57,00 à 115°)

Berrechid - Tel: 06 22 51 75 39  
Entrée B Appart n° 1er étage  
Angle Bd Mohamed Yacoub El Mansour  
OPTICAL MICROLOGISTE

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا (إقامة 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 - Appart N°5 - Berrechid

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