

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.



Declaration de Maladie

N° W21-765737 END

Maladie **Dentaire** **Optique** **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11055 Société : 150421

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Saber mustapha

Date de naissance : 30/avril/1982

Adresse : 211, Nataiga Ma Kithaf Deraou

Tél. : 0655392136 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. REZKI SIRINE
Ophtalmologiste
Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour
Entrée 8 Appart n° 5 - 1er étage
Bordeaux - Tel : 0522.51.75.39

Date de consultation : 06/01/18/023

Nom et prénom du malade : Saber amar Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : Affection oculaire

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'adjudication 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 : Marrakech

Le : 3/02/18/23

Signature de l'adhérent(e) : Saber amar

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-765737

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

Matricule : 11055

Nom de l'adhérent(e) : Saber

Total des frais engagés : 212

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
06 JAN. 2023	ACTS DR. REZK MIRNA	1CIS	Ophthalmo- Anglo-Bd-Med-Vat-Yacoub El Mansou ENTERED 8 APRIL 2023 - 10:15 AM Berochnid - Tel: 0522 51 75 39	INP : NPE : 081184723

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHÉRENT

* 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 canalaire, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 بوستنشيف توارج

طبيبة ساقية بوستنشيف ٢٠ عاشت بالدار البيضاء

داجدة الجالة بالصحي - تصعيد الصحر بالتلمسان

تصوير الأوعية الشبكية، عدسات اللاصقة، فحص الشبكية

06 janvier 2023

Enf. SABER Omar

Monture pour enfant + verres correcteurs
Organiques

OD = + 1.25 (- 0.25 à 60°)

OG = + 1.00 (- 0.50 à 5°)

FLORAVISION (BLEU)

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Signature of Dr. Rezki Sirine, Ophthalmologist, located above her name and address.

Dr. REZKI SIRINE
Ophthalmologist
Centre Berrechid - Tel: 0522.51.10.35
Autre Bd Haj Yacoub El Mansour
Frente 8 Avenida 5 - 1er Etage
Au dessus de Kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) Entrée B - Appart N°5 - Berrechid

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/WhatsApp: 06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com