

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.

M23-001239

183893

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2871

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

N.A.J.EH. Mohammet

Date de naissance : 01/11/1951

Adresse : Hay El Hajda Rue 1 n° 13
3er étage

Tél. : 06 55 29 60 79

Total des frais engagés : 26 52,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/10/2023

Nom et prénom du malade : Bouammi Laifa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire Date : 23 NOV. 2023

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le : 23/11/2023

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
24 OCT. 2023		AC 15	250,00 DH	ENTREE DENTISTE ENTREE DENTISTE ENTREE DENTISTE ENTREE DENTISTE ENTREE DENTISTE ENTREE DENTISTE ENTREE DENTISTE ENTREE DENTISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Sharm TAMIM Pharmacie Mosquée Riad N°1-2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechida Fix : 0522336822	24/10/23	15700

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIDINE KHALIMEDDINE ABDELLAH Opticien Optométriste 5 lot Essaïd Hassan II Berrechida Tél : Fax 05 22 51 32 61	22/10/23					2250,-

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	Coefficient Des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient Des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET 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

*طبية سارقة ومستشفيات توار

طبية سابقة ومستشفى ٢٠ غشت بالدار البيضاء

*جراحة العجلة بالصدى

*تصحيح البصر بالليزر

تصوير الموجية الشبكية ، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

24 octobre 2023

Mme BOUANANI Latifa

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 2.00 (- 0.50 à 85°)

OG = + 1.25 (- 0.25 à 75°)

VP : ODG = Add : + 2.50

15/10/00

THEALOSE COLLYRE



1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

OPTIDINE
KARIMEDDINE ADIL
Opticien Optométriste
5 lot Essafi R.H - San II Berrechid
Tél / Fax 05 22 53 32 61

Dr. REZKI SIRINE
Ophthalmologist
Dr. Med V Et Yacoub El Mansour
Entrée B Appart N°5 - 1er étage
Boulevard Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina
Tél: 05 22 51 75 39/WhatsApp: 06 56 16 04 86 - E-mail: cabinetrezki@gmail.com

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 - Appt N°5 - Berrechid

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



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH

DINE
Distributeur
Bd. Hassan II
Berrechid
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 22/11/2023

MME BOUANANI LATIFA

FACTURE N°1661/2023

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	650,00	650,00
2	VERRES PROGRESSIONS INCASSABLES BLANCS +ANTI REFLET	800,00	1 600,00
TOTAL			2 250,00

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

