

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-439785

ND : 35950 *Couvert NSR*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	05534	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NAANI Abdelmajid
Nom & Prénom : NAANI Abdelmajid			
Date de naissance : 08.09.1965			
Adresse : Résidence EL walida Imm F5 APPYA Berrechid			
Tél : 0662130426	Total des frais engagés : 2350,00 Dhs		

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Fatima Zahra NAANI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection aux

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 : 30/07/2020

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-439785

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).

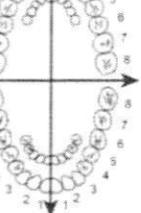
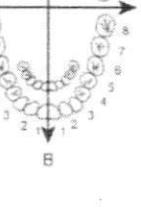
Matricule : 05534  
Nom de l'adhérent(e) : NAANI  
Total des frais engagés : 2350,00  
Date de dépôt :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées  Nature des Soins  Coefficient	INP : <input type="text"/>				
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
		MONTANTS DES SOINS				
		DÉBUT D'EXÉCUTION				
		FIN D'EXÉCUTION				
		<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 				
		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> 				
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G				
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>						

# 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 بمستشفيات توازو

طبيبة ساقية بمستشفي 20 غشت بالدارالبيضاء

جراحة العدالة بالصدى . تصحيح البصر بالليزر

تصوير النوعية الشبكية . عدسات اللاصقة فحص الشبكية

- Dacri fate matshore

16 JUIL 2014

1) Demi-lunettes pour C(VC) + (UL) Add 2  
Dme +0,25(-0,25 à 85°)

VCf  
Dg  
+0,25 (-0,25 à 100°)

2) Vf, add + 0,25 80°

2) Flacon vision

Max 15 0DS Iz

OPTICO CONTACT  
Opticien Optométriste  
Khalid DADNY  
57 bis Rue Medina Berechid  
IF 06 00051 - Casablanca  
Dip. Opt. n° 0522 32 41 44  
CNSS 224473

J. S. Optometriste

Angle Bd M. Yacoub El Mansour  
Entrée B Appt n° 5 - 1er étage  
Berrechid - Tél: 05 22 51 75 39

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

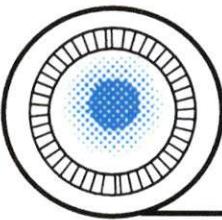
فوق قيسارية الحاج أصطفى مختبر ابن سينا (اقامة الحاج أصطفى الطابق الأول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد)

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

# optic contact



## Opticien



065008021

## *Opticien Optométriste*

Facture N° 540 | 20

Berrechid, le 29 oct 2020

Client: Mr. Nani Firdaus

Code	Description	Total
481	Vitrine lum	800,-
481	Magasins lum	800,-
	meuble	500,-
	RTV	1100
06	to,21 (-8,21 à 85)	
06	to,21 (-8,21 à 100)	
	taxe	
Arrêtez la présente Facture à la Somme de : <b>Deux mille Cent Dix Francs</b>		

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

57, Bis Rue Médina (près l'O.N.E) Berrechid - Tél./Fax : 05.22.32.41.44 - I.F. : 06100051  
Patente N° : 40707188 - T.V.A. N° 771037 - C.N.S.S. N° : 2244797 - R.C. : 607 Berrchid  
ICE : 001554434000048