

## 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.

### Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 048857

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

42858

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10186 Société : R-A-M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KRI M DRISS

Date de naissance : 10-04-89

Adresse : 81 Rue ANASSER HY EL Youssef Benselam

Tél. : 0661266078 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. REZKI SIRINE  
Ophtalmologiste  
Angle Bd Mohamed V et Yacoub El Mansour  
Entrez B Apt n° 5 - 1er étage  
Berrechid - Tél : 0522.51.75.39

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 64

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ 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
07/07/2022	US + FO	300	220H	Dr. REZKI SIRINE Ophtalmologiste Angle Bd Med V el Yacoub El Mansour Entrée 8 Appt n° 5 - 1 <sup>er</sup> étage Barrechid - Tél : 0522.51.75.39

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

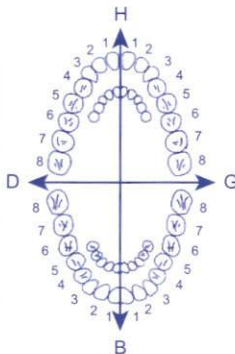
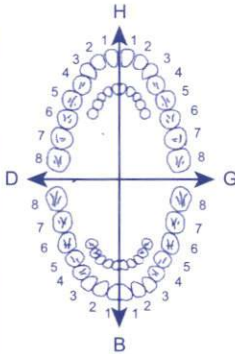
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optique Ophthalmo 4, Rue d'Anger Mosques Barrechid - Tél: 05 22 32 87 19	24/9/20					37000

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

طبيبة سابقة بمستشفيات تولوز

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

جراحة الجلطة بالليزر، تصحيح البصر بالليزر

تصوير الأنوعية الشبكية، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

Dr. REZKI SIRINE  
Ophtalmologiste  
Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour  
Entrée B Appt n° 5 - 1er étage  
Berrechid - Tél : 0522.51.75.39

14 SEP. 2020

1) Lunettes par  $\infty$  (oe) Auta  
 $\overline{0000} + 3,75 (-1,00 \text{ à } 175^\circ)$   
 $\overline{0600} + 3,75 (-1,00 \text{ à } 125^\circ)$   
 $\overline{0000} + 2,75 \text{ (000)}$   
1)  $\overline{0000}$   $\text{pt} \times 415 \text{ (000)}$

Optique Ouhaud  
1, Rue de la Mosquée Ouhaud  
Berrechid - Tél : 05 22 32 87 19

Dr. REZKI SIRINE  
Ophtalmologiste

Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour  
Entrée B Appt n° 5 - 1er étage  
Berrechid - Tél : 0522.51.75.39

زواية شاري 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 / 06 56 16 04 86 - E-mail : sirine.med11@gmail.com

## FACTURE

Date : 24/09/2020

CLIENT: DRISS KRIM

Numéro: 354556

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<b>LOIN:</b>			
MONTURE	OPTIQUE NOMAD MOREL	1	700.00
VD	PROGRESSIF ORG PB 1.56 DURCI	1	1 500.00
VG	PROGRESSIF ORG PB 1.56 DURCI	1	1 500.00
<b>PRES:</b>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<b>CORRECTION VISUELLE:</b>			
<b>Dr. REZKI SIRINE</b>			
LOIN : OD:+3.75(-1.00,175°) OG:+3.75(-1.00,125°)			
PRES. OD: OG:			
ADD : OD:+2.75 OG:+2.75			
<b>Total TTC:</b>			<b>3 700.00</b>
Taux TVA:			20%
Montant TVA			740.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS MILLE SEPT CENT DIRHAMS TTC.

Signé:  
Optique Ouhoud  
Opticien Ophthalmiste  
4, Rue d'Alger Mosquée Ouhoud  
Berrechid - Tél: 05 22 32 87 19