

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10186* Société : *R-A-07*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *RKI M D. Riss*

Date de naissance : *10/07/89*

Adresse : *81 Rue Yannick Noah* *44 BL Yannick Noah*

Tél. : *661966078* 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  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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : ..... / ..... / .....

**MUPRAS**  
**ACCUEIL**

**01.01.2020**

## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/02/2013      | UFS 4 F0          | 300,0000              |                                 | Dr. REZKI SIRINE<br>Ophthalmologiste<br>111 Med. Y et Yacoub El Mansour<br>Appt n° 5 - 1 er étage<br>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<br>du Praticien   | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|   |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
| Optique<br>Opticien Optométriste<br>4, Rue d'Alger - Mosquée<br>Barakid - Tel: 05 22 32 87 13 | 24.1.98           |        |    |    |    | 37000                              |
|   |                   |        |    |    |    |                                    |
|   |                   |        |    |    |    |                                    |

## 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

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins          | Coefficient |                         |
|---------------------------|--|---------------------------|-------------|-------------------------|
|                           |  |                           |             | Coefficient des travaux |
|                           |  |                           |             | Montants des soins      |
|                           |  |                           |             | Début d'exécution       |
|                           |  |                           |             | Fin d'exécution         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                           |             |                         |
|                           | H<br>25533412<br>00000000  | G<br>21433552<br>00000000 |             | Coefficient des travaux |
|                           | D<br>00000000<br>35533411  | G<br>00000000<br>11433553 |             | Montants des soins      |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |             |                         |
|                           |  |                           |             | Date du devis           |
|                           |  |                           |             | Date de l'exécution     |

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 ساقية ومستشفيات تلواز

طبيبة ساقية بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

جراحة الحالة بالصدى - تصحيح البصر بالليزر

تصوير الشبكيات . عدسات اللاصقة فحص الشبكية

Dr REZKI Sirine  
Ophtalmologiste  
Dr. Yacoub El Mansour  
Dr. Opt. Bd Med V et Yacoub El Mansour  
Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour  
Angle Entrée B  
Berrechid

14 Sept. 2020

1) Lunettes per CO (OC) Auto 2 M

VS  $\left\{ \begin{array}{l} 0.00 + 3.75 (-1.00 \times 175) \\ 0.00 + 3.75 (-1.00 \times 125) \end{array} \right.$

VP  $\left\{ \begin{array}{l} -0.25 -0.25 + 2.75 \times 0.00 \\ 0.00 \end{array} \right.$

1)  $\frac{0.25 \times 415}{0.00} 125$

Optique Ouhoud  
Opticien Optométriste  
4, Rue Ibn Sina Mosquée Ouhoud  
Berrechid - Tél : 0522 32 87 19

Dr. REZKI SIRINE  
Ophtalmologiste

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

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا (اقامة الحاج أحمد الطالق النول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد)

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

(Au dessus de kisssariat 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        |
|--|------------------------------|-------------------|-----------------|
| <u>LOIN:</u>                                     |                              |                   |                 |
| 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        |
| <u>PRES:</u>                                     |                              |                   |                 |
| MONTURE  |                              | 0                 | 0.00            |
| VD   |                              | 0                 | 0.00            |
| VG   |                              | 0                 | 0.00            |
| <u>CORRECTION VISUELLE:</u>                      |                              |                   |                 |
| Dr. REZKI SIRINE                                 |                              |                   |                 |
| 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.

Optique Ouhoud  
Opticien et Optométriste  
4, Rue d'Alger mosquée Ouhoud  
Berrechid - Tel: 05 22 32 87 19  
Signé: