

**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 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
- 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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **10549**

Société : **RAM (42909)**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAFIK MUSTAPHA

Date de naissance :

12-06-1966

Adresse :

0762592985

Total des frais engagés : Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **RAFIK RABHA** Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint**

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 : **02/11/2010**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **Nº P19-052434**

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07/01/2019	01	250	20000	01/02/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie de ASSALI Al Hay Al Houda	28/09/2020	820.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Dr. Zlateva et son cabinet de médecine générale</i>	11/10/20					330,-

VIOLET 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.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dr. REZKI Sirine

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 سابقـة بـمـسـتـشـفـاتـ توـلـهـ

طبعة سابقة بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

جامعة الحلالية بالصين، تضم 20 كلية.

تصوير الأوعية الشبكية، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

ASMOUN Samir
Doeur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houda
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 94

28 SEP. 2020

6 118001070596
Laboratoires Sotthema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
15-3570 DHS
406833

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج احمد جانب مختبر ابن سينا) اقامه الحاج احمد الطابق الاول المدخل B الشقة رقم 5 - عزشيد

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

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed côté du laboratoire ibn sina) 1^{er} Etage, Entrée B - App. N° 5 - Berrechid
Tél: 0524 51 75 20 / 06 56 16 04 86 - E-mail : sirine.med11@gmail.com

Tél : 05 22 51 75 39 / 06 56 16 04 86 - E-mail : sirine.med11@gmail.com

FACTURE

Date : 01/10/2020

CLIENT: RANIA RAFIK

Numéro: 541575

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE CARRERA	1	2 100.00
VD	RODENSTOCK UNIFOCAL ORG BLEU 1.6	1	600.00
VG	RODENSTOCK UNIFOCAL ORG BLEU 1.6	1	600.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
Dr. REZKI SIRINE			
LOIN : OD:+0.25 OG:(-0.25,160°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD: OG:			
Total TTC:			3 300.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			660.00

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



 Optique Ouhoud
 Signature