

# 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 Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hortage Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 052434

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10549

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RABIK Mustapha

Date de naissance : 12/06/1966

Adresse :

Tél : 0762592985

Total des frais engagés :

Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 : 02/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 :

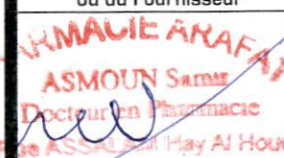
Date de dépôt :



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/09/2020	120,10

### 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	
	1/10/20					3300,00

VOLET ADHERENT

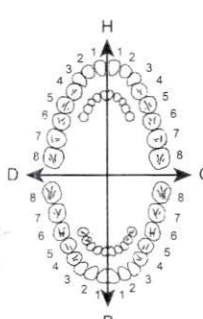
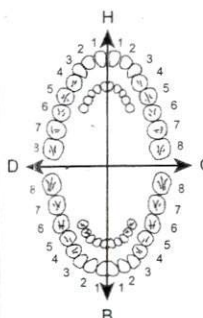
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. REZKI Sirine

Maladies 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 الجلالة بالصدى، تصحيح البصر بالليزر  
تصوير الأوعية الشبكية، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

ASMOUN Samir

Docteur en Pharmacie

Rue ASSALAM Hay Al Houda

BERRECHID

Tel: 05 22 32 84 94

28 SEP 2020

Rafik Rawia

1/ Prescriptions pour color (v) d'inter 2/



Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex collyre en suspension, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI  
PPV : 35,70 DHS

406833



Dr. REZKI SIRINE  
Ophtalmologiste  
Angle Bd Med V el Yacoub El Mansour  
Entrée B Appt n° 5 - 1<sup>er</sup> étage  
Berrechid - Tel: 0522.51.75.39

ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
Rue ASSALAM Hay Al Houda  
BERRECHID

TOBRADEX®  
POMMADE OPHTALMIQUE  
3,5G  
Boîte de 1 tube  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/21/NRG  
PPV: 54,40 DHS



69020-4

زاوية شارع محمد الخامس وزينة 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 côté du laboratoire ibn sina) 1<sup>er</sup> 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 : 01/10/2020

**CLIENT: RANIA RAFIK**

**Numéro: 541575**

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<b>LOIN:</b>			
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
<b>PRES:</b>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<b><u>CORRECTION VISUELLE:</u></b>			
<b><u>Dr. REZKI SIRINE</u></b>			
LOIN : OD: +0.25 OG: (-0.25, 160°)			
PRES. OD: OG:			
ADD : OD: OG:			
<b>Total TTC:</b>			<b>3 300.00</b>
Taux TVA:			20%
Montant TVA			660.00

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

Signature  
Optique Ouhoud  
Tél: 06 68 67 35 28  
06 22 32 87 18