

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 au moins

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-452548



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05355

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : RACHID ABBEZZINE

Date de naissance : 03/04/1957

Adresse : Habituelle

Tél. : 0667911155

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RACHID ABBEZZINE Age: 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

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 fermé et 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) :

Le : 25 NOV 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25 NOV 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
15/01/2012	UJ+R0	15	INP : 081184728	INP : 081184728

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pochet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Saint-Hilaire	17/11/2020	150,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

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



دكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبية ساقية بوسنثيف تلواز

بيبة ساقية بوسنثيف 20 غشت بالدارالبيضاء

جراحة العين بالصدى تصحيح البصر بالليزر

تد رالوعة الشبكية عدسات اللاصقة فحص الشبكية

MR. 0535

Rachid Alhima

0535 0535

Bracelets par

ac (vc) Aut

1) OPTICONCONTACT
Opticien
Khalid El Mansour
Opticien Opticien Opticien Opticien Opticien Opticien
57 Bd. Rue Hassan II - Casablanca - Tél: 0522 722423
IF 06 100057 - PZN 0707188 - CNS 0722423

port permanent
+ 2,00 (- 3,75 à 10³)

VC
-

+ 2,25 (- 3,25 à 0²)

1) Dr. REZKI SIRINE
Oculiste
Cabinet Yacoub El Mansour
Angle Bd. Med. V. Entrée B Appart. 505
Berrechid - Tel: 0522 735050

Dr. REZKI SIRINE
Oculiste
Angle Bd. Med. V. Entrée B Appart. 505
Berrechid - Tel: 0522 735050

0522 735050
Dr. REZKI SIRINE
Oculiste
Angle Bd. Med. V. Entrée B Appart. 505
Berrechid - Tel: 0522 735050

دخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd. Med. V.
(Au dessus de kassariat Haj Ahmed)
Tél : 05 22 51 11



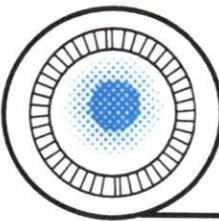
LOT



LUX
PLUS

فوق قيسارية الحاج احمد جان
ce Haj Ahmed
Entrée B - Appart N°5 - Berrechid
d11@gmail.com

optic



Mle. 05355

ntact

Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 100120

Berrechid, le 17/11/2002

Client : Mme RAHMAD OTHMANE

Code	Description	Total
414	Revisiun de lun <u>10</u>	450
414	Signes 85/20 M.C	450
	Le matin	600
	Total	1500
	01 (-3,75 ^{10°}) + 2,00	
	02 (-3,75 ^{180°}) + 2,00	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Mme Aïg Cert des Drs

OPTIQUE
OPTICIEN
OPTOMETRISTE
OPTIC CONTACT
Khalid Admy
Berrechid
065008021
Tél. 05.22.32.41.44 - Fax 05.22.32.41.44
Patente N° 40707188 - T.V.A. N° 771037 - C.N.S.S. N° 2244797 - R.C. : 607 Berrechid
ICE : 001554434000048