

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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0053501

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10549 Société : RAM 83960
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAHIL MUSTAPHA
Date de naissance : 12 06 1966
Adresse : LOT LALLA MALIKA BUEYASSINE
BENRECHAO
Tél : 0762 295985 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 03/09/2021
Nom et prénom du malade : Lechlimi Nawal Age: 45 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
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 : BENRECHAO Le : 13/09/2021
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation: CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
03 SEP. 2023	AC/S	25	250,00	Dr. REKI SIRINE Ophtholmologiste 522.91.7539

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

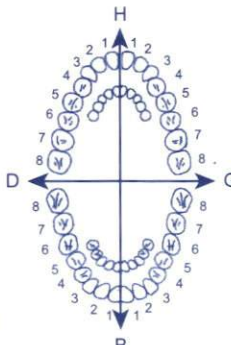
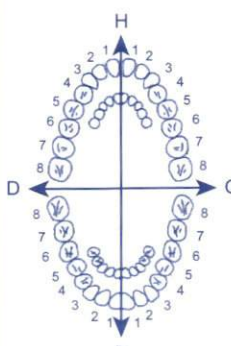
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optique Ouahoud Opticien Optométriste 4, rue d'Alger - Mosquée Ouahoud Bordj - Algérie - Tél: 03 22 32 87 49	7/9/21					2100,00

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 ٢٠ غشت بالدار البيضاء

جراحة الجلالة بالصدى . تصحيح البصر بالليزر

تصوير النوعية الشبكية . عدسات اللصقة فحص الشبكية

Le:

Nom et prénom:

Lunettes pour correction optique

Antireflets/organiques

VL { OD: +0,25
OG: +0,75

VP

add:

Dr. REZKI SIKHANS
Ophthalmologist
10000b El Mansour
Angle Bd Med + e 5 - 1^{er} étage
Entrée B Apt n° 05251.75.39
Befrèchid - Tel: 05251.75.39

زواية شارع 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/Whatsapp:06 56 16 04 86 - E-mail :cabinetrezki@gmail.com

CLIENT: NAWAL LEGHLIMI

Numéro: 508959008

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
LOIN:			
MONTURE	OPTIQUE TED BAKER CLIP ON	1	600.00
VD	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG 1.5 TRIO GREEN UV	1	250.00
VG	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG 1.5 TRIO GREEN UV	1	250.00
PRES:			
MONTURE	OPTIQUE BOCACCIO	1	500.00
VD	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG 1.5 TRIO GREEN UV	1	250.00
VG	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG 1.5 TRIO GREEN UV	1	250.00
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
<u>Dr. REZKI SIRINE</u>			
LOIN : OD:+0.25 OG:+0.75			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD:+1.50 OG:+1.50			
Total TTC:			2 100.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			420.00

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

Signé: