

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 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

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0010054

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4921 Société : R AM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ADNANE Mohamed

Date de naissance : 01-01-1959

Adresse : Bd la résistan-ces Berrechid

Tél. : 06 68 44 8705 Total des frais engagés : 1849,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. REZKI SIRINE
Ophtalmologiste
Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour
Entrée B Appt n° 5 - 1er étage
Berrechid - Tel 0522.51.75.39

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Admane Taha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Berrechid Le : 21/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
21 MAI 2022	ICIS	250,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacienn ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

21/05/22

99,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

1500,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

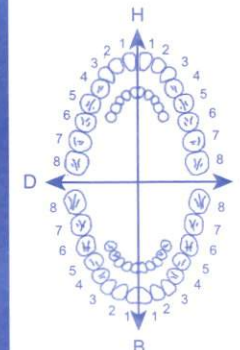
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

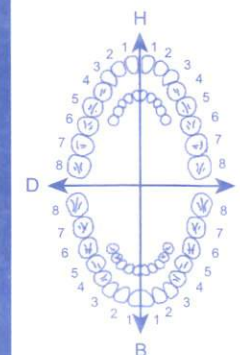
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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 سابقة بهستشفيات تولوز

طبيبة سابقة بهستشفى ٢٠ أغسطس بالدار البيضاء

جراحة الجلطة بالليزر ، تصحيح البصر بالليزر

تصوير الأنوعية الشبكية ، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

21 mai 2022

Mr. ADNANE Taha

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = - 0.25 (- 0.50 à 95°)

OG = - 0.25 (- 0.25 à 65°)

OPTIDINE
KARIM EDINE ADIL
Opticien - Optométriste
5, Lot Issaï Bd Hassan II, Berrechid
Tél.: 022 513 32 61 - Fax : 022 32 77 17

HY-FRESH



1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

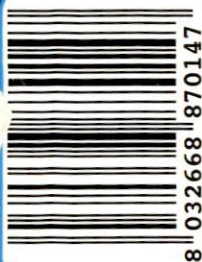
صيدلية الطاقوية
Pharmacie ATTAOUIA
Imane Taha
Docteur en Pharmacie
Bd Al Moukokoouha Lot Ennour
Berrechid - Tél : 022 51 75 39

Dr. REZKI SIRINE
Ophtalmologiste
Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour,
Entrée B - Appt N°5 - 1er étage
Berrechid - Tél : 0522.51.75.39

زواية شاري 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



STERILE A

CE 0546



Hye

Solution ophtalmique lubrifiante

A base de hyaluronate de sodium 0,4%

Composition: Hyaluronate de sodium 0,4%, Phosphate de sodium monobasique, Phosphate de sodium dibasique, Chlorure de sodium, Edétate de sodium, Chlorure de benzalkonium, Eau pour préparations injectables.

Les propriétés humectantes et protectrices de l'acide hyaluronique soulagent les yeux dans le cas d'irritation, de brûlure et de sensation de corps étranger due à des facteurs environnants comme le vent, le soleil, l'air sec, l'eau salée, la fumée de cigarette, la lumière intense, l'air climatisé, le chauffage, l'utilisation prolongée de l'ordinateur, "ou bien" la chirurgie oculaire, la conjonctivite ou l'utilisation de verres de contact.

Ne pas utiliser au-delà de la date d'expiration.

Le produit doit être utilisé dans les 30 jours qui suivent la première ouverture du flacon.

Conserver hors de la portée et de la vue des enfants.

Le produit est à usage ophtalmique externe exclusivement.



39,00

LOT



PPC
DHS

914243/01



OPTIDINE

5, Lot Essafi Bd. Hassan II
Berrechid
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 17/06/2022

Client	MR ADNANE TAHA
--------	----------------

FACTURE N°757/2022

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	700,00	700,00
2	VERRES INCASSABLES +ANTI REFLET	400,00	800,00
			1 500,00

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

