

## 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

- 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.

N° W21-672337

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1828	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Selaini Abdellah
Nom & Prénom : Selaini Abdellah			
Date de naissance : 1936			
Adresse : Hab. Tille			
Tél. : 0661564733	Total des frais engagés : 24.73.30 Dhs		

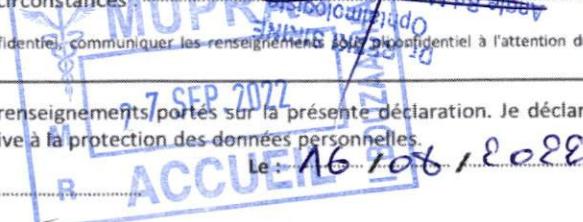
**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : Ben salmin zoubida Age : 69	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Compagnon <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affatication	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : Benrechid

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
17/07/2022	16 AOUT 2022	1C1S	850.00DH	INPE 00141723 Bureau de la Dentiste - 0522.51.15.35 Entre B Apart n° 5 - 1 er étage Nouvel Hôpital Yacoub El Mansour Oncologiste Dr. REZK SIRINE

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie QAL NADAR AL JAMIL	16/08/22	223.30
SEHAR AL JAMIL	12/09/22	2500.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	21433552
D	00000000
B	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 aout de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie rétractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Retinopathie diabétique



**الدكتورة رزقي سرين**

**طب وجراحة العيون**

طبيبة ساقية ومستشفيات توازن

طبيبة ساقية ومستشفيات ٢٠ نعشت بالدارالبيضاء

جراحة العين

تقويم العينية الشبكية . عدسات اللاصقة فحص الشبكية

**16 août 2022**

**Mme BENSALMIA Zoubida**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = + 2.75 (- 1.00 à 45°)  
OG = + 1.00 (- 0.50 à 95°)

VP : ODG = Add : + 2.75

**FLUCON**

1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours  
1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours  
1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours  
1 goutte 1 fois par jour pendant 7 jours

**OPATANOL: COLLYRE CL**

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

**FLORAVISION (BLEU)**

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois  
زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أدهم جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أدهم الطابق النول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

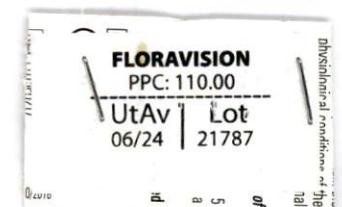
Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

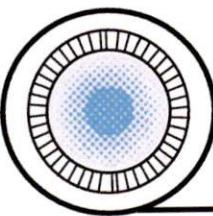
(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

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

**OPTICOM CONTACT**  
Opticien Optométriste Diplôme d'Etat  
57 Bis Rue Medina Berrechid Tél: 0522 32 41 44  
IF 06 111151-Pal N 40707 188 2244781  
Dr. SENBANI Sanaa  
Tél.: 05 22 32 85 85 - Berrechid

**Dr. REZKI SIRINE**  
Ophtalmologiste  
Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour  
Entrée B Appt N°5 - 1 er étage  
Berrechid - Tél : 0522.51.75.22





An illustration of a human eye with a blue iris and pupil. The word 'optic' is written in blue lowercase letters to the left of the eye, and the word 'contact' is written in blue lowercase letters to the right. The eye is centered between the two words.

## Opticien



065008021

*Khalid Admy*

## **Opticien Optométriste**

Facture N° 937 | 22

Berrechid, le 12/09/2022

## Medical Index

Client: W. DEN DHAMM TOLLYW.

Code	Description	Total
481	Buvette Vélo mag	160
481	Boites d'huile	70
	1 unité	500,-
		780,-
100	+2,7N (-1,00 à 45°)	12,7N
100	+1,0 (-0,50 à 95°)	2,7N
	TOP CONTACT OPTIQUE KHEMAD ADMY	
	Opticien Optométriste Diplômé	
	57 bis Rue Meuleng Barrechid 40700 Castelnau	
	IF UD 00001741 N 40700 Castelnau	
	Arrêtée la présente Facture à la Somme de	
	780,-	

Arrêtez la présente Facture à la Somme de

Arrêtez la présente Facture à la Somme de Deux mille cinquante francs