

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1868	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	145255
Nom & Prénom :		ELOUJANI NAJAT	
Date de naissance :		1959-03-05	
Adresse :		Resident ELWAHDA BERRECHID BPM D 6	
Tél. :	0651108540	Total des frais engagés :	22.85.3
Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/2023

Nom et prénom du malade : ELOUJANI NAJAT Age:

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-057680

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).

Déclaration de Maladie

N° M21- 0057680

*Dayana
couvert*

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Matricule : 1868

Nom de l'adhérent(e) : ELOUJANI NAJAT

Total des frais engagés : 22.85.3

Date de dépôt : 09/01/2023

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
09 JAN. 2023	Actis	250,00 DT		
				Angle Bd Med V et Yacoub El MANSOUR Entrée B Appart n° 5 - 1 er étage Barrefield - Tel 022.51.75.39

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	09/11/2023		135,30

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
1000,00	20/01/23					

VOLET ADHERENT

023680

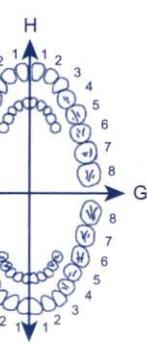
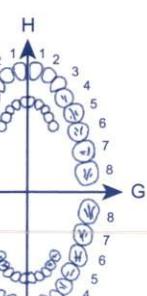
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

طبية سارقة بمستويات توازن

طبية سارقة بمستوى ٩٥ شنت بالطابليخاء

جراحة الجلالة بالصدى تصحيف المصير بالباز

تصوير الأوعية الشبكية . عدسات اللاصقة فحص الشبكية

09 janvier 2018

Mme EL OUJANI Najat

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 2.75 (- 0.75 à 105°)

OG = + 2.00 (- 0.75 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Dr. REZKI SIRINE
Ophthalmologiste

58,60 Dr. REZKI SIRINE = Add : + 2.50

Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour

Entrée B - Appartement 5 étage

Begex 40 / Tel: 0522 51 75 89

Begin 40 / jour , dans l'œil droit, pendant 15 jours

35,70

TOBRADEX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour pdt 7 jrs

1 goutte 3 fois par jour pdt 7 jrs

1 goutte 2 fois par jour pdt 7 jrs

1 goutte 1 fois par jour pdt 7 jrs , dans l'œil droit

44,00

GEL LARMES

1 app le soin dans les deux yeux pendant 1 Mois



زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج احمد الطايب 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 - Appart N°5 - Berrechid

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

T. 135,30

OPTIDINE

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

BERRECHID LE : 12/01/2023

Client

MME EL OUJANI NAJAT

FACTURE N°57/2023

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	500,00	500,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS	700,00	1 400,00
TOTAL			1 900,00

INPE 065002248

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

