

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.

145878

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 05543		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ROUKHSSA YOUSSEF			
Date de naissance : 25-04-1963			
Adresse : 6 Rue Beyrouth lot Iraqui Berrechid			
Tél. : 26100-0677857461		Total des frais engagés : - 2960,024 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. REZKI SIRINE Ophtalmologiste Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour Entrée B Appt n° 5 1er étage Berrechid - Tél : 0522.51.75.39
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	07/01/2023
Nom et prénom du malade :	ROUKHSSA YOUSSEF
Age:	59
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Berrechid

Le : 17/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
07 JAN. 2023	Ac.1s	550.00 D.H.	INPI REZKI SIRINE Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour Entrée B Appn n° 5 - 1 er étage Berrechid - Tel : 0522.51.75.39	INPI REZKI SIRINE Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour Entrée B Appn n° 5 - 1 er étage Berrechid - Tel : 0522.51.75.39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/123	110,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Signature et cachet du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
1897			

AUXIHAIBES MÉDICAUX

Cachez et signez Signature de l'opticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
22 53 48 20 Montana - Bellini	7/01/23					2600

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.



CHAOUIA OPTIQUE

Fedoua Stitou

Opticienne - Optométriste

Facture N° 000723

Berrechid le..... 7/01/23

Client Mr..... Rokhssia

Youssef

Qté	Désignation	Prix	Total
1	M - lune	600	600
2	Ver progressif orange abf		
	OD : +0,50 (-0,50 95°)	1000	1000
	OE : +0,25 (-0,25 90°)	1000	1000
	PPA +2,25		
			2600
	à vers la présente facture à la somme		
	Deux mille six cent dix		

18 BD Dakhla hay al mouna - Berrechid - TÉL.: 05 22 53 48 20

I.F: 92980210 PATENTE : 40712938 Re :7450 CNSS : 468054

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 ساقية بوسنثيف توازور
 طبيبة ساقية بوسنثيف ٢٥ شنت بالدار البيضاء
 وجراحة الجلالة بالصدى، تصحيح البصر بالبلزز
 تصوير الأوعية الشبكية، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

07 janvier 2023

Mr. ROKHSSA Youssef

Monture + verres correcteurs progressifs
 Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.50 (- 0.50 à 95°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 90°)

VP : ODG = Add : + 2.25

110,00

FLORAVISION (BLEU)

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



FLORAVISION
 PPC.110.00
 UtAv | Lot
 06/24 | 21787

Dr. REZKI SIRINE
 Ophthalmologist
 Entrée B - Appt n° 5 - 1er étage
 Berrechid - Tel : 0522.51.75.39



زوجية 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