

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09694

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GOUIMA M'HAMED

Date de naissance :

Adresse :

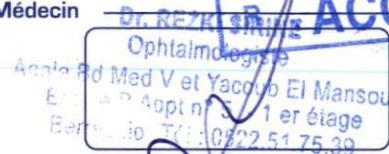
Tél. : 0610690776

Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/01/2023

Nom et prénom du malade : Moustapha Fouzia 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) :

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
12 JAN. 2023	AC. 15	150,00.DH		<p>Dr. N. S. M. Pharmaciste Bd Med. V et Yacoub El Mansour Berrechid - Tel: 0522.51.75.39</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ISIS 143 Lot Wafiq Tél: 05 22 55 31 71 - Berrechid INPE: 062 087 630	12/01/23	113,30

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

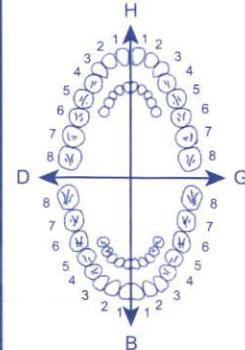
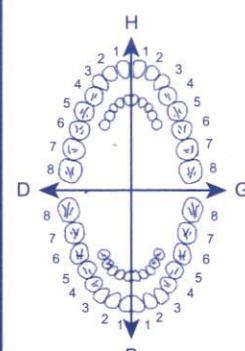
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	13/01/23					2400,00

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DÉBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	
								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553				
D	00000000	B	00000000					
	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 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 ساقية رومستشيفات توالو

طبية ساقية رومستشيفات 20 غشت بالدار البيضاء

دجاجة البطة بالصدى . تصحيح البصر بالليزر

تصوير النوبة الشبكية . عدسات اللاصقة فحص الشبكية

12 janvier 2023

Mme MOUSTAGHIT Fouzia

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL : OD = + 1.25 (- 0.50 à 20°)

OG = + 1.75 (- 0.25 à 85°)

VP : ODG = Add : + 2.00

22,60

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, da

30,70

OPATANOL: COLLYRE CL

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux



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

Pharmacie ISIS
143 Lot Wafiq
0522.53.31.71

6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

6 118001 070442
Laboratoires Sothema Bouskoura
Elastanol 0,5 ml collyre en solution
AMM Maroc N° 96R/20 DMP/21/MAM
PPV : 30,70 DHS
407253 MA

محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور
فينا)اقامة الحاج محمد الطابق الاول 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

113,30

OPTIDINE

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

BERRECHID LE : 13/01/2023

Client

MME MOUSTAGHIT FOUZIA

FACTURE N°75/2023

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTOQUE	600,00	600,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS+ANTI REFLET	900,00	1 800,00
TOTAL			2 400,00

INPE 065002248

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

