

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 5954

Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : DIBOUNE EL MOSTAFA

Date de naissance : 26.10.21.1961

Adresse : Habtuelle

Tél : 0661550569 Total des frais engagés :

+ 3250,00 Dhs  
+ 111,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.11.2023

Nom et prénom du malade : Diboune El mostafa 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 : Deroua

2 DEC. 2023

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
16 DEC. 2023	Ac 15		850,00 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/23	111,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
	22/12/23				300,00	

### 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	
	(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 24 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 مستشفى توارو

طبية سابقة بمستشفى ٢٤ غشت بالدار البيضاء

جراحة العين بالبصري . تصحيح البصر بالليزر

تصوير النوعية الشبكية . عدسات الاصنقة فحص الشبكية

16 décembre 2023

**Mr. DIBOUNE El Mastafa**

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.50 (- 0.25 à 130°)

OG = + 0.75 (- 0.50 à 70°)

VA : ODG + 2.75

**OPATANOL: COLLYRE CL**

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

**FRAKIDEX POMMADE**

1 app 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 8 jours

**OPTIDINE**  
KARIMEDDINE ADI  
Opticien Optometriste  
lot Essafi Bd Hassan II Berrechid  
Tél : Fax 05 22 53 32 61

Dr. REZKI SIRINE  
Ophtalmologue  
Rue Haj Ahmed Yacoub El Mansour  
N°5 - 1er étage  
Télé: 0522.51.75.39

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا(إقامة الحاج أحمد الطابق الأول المدخل B الشقة رقم 5- بشيشيد)

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

FRAKIDEX Pom. Optica. 5  
Distribué p.r. : ZENITHPHAP, MA  
96 zone Industrielle Tassia Inezgane,  
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh  
N° 30/19/DMP/21/NRQDNM



# OPTIDINE

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

BERRECHID LE : 22/12/2023

MR DIBOUNE EL MOSTAFA

FACTURE N°1861/2023

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	600,00	600,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS +ANTI REFLET	1 200,00	2 400,00
<b>TOTAL</b>			<b>3 000,00</b>

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **TROIS MILLE DIRHAMS**

