

# 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.



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 080845

155037

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06755 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

MUSTAPHA

Date de naissance :

01/01

Adresse :

46 Rue Cheikh Maa EL AÏNAYNE HAY

ERRANTA

Tél. : 0656 9758 10

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 3ème étage

Le : 01/13/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

#### **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
8/3/23	ca	200 DH		(GUEDAGHABA Mohamed Ismail Mly 1smail 5/22 32 72)

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **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	
Ouhoud Berrehchid - Youssef HAFIDZ 	01.03.19					2.000.00

#### **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'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
T	

### **(Création, remont, adjonction)**

Diagram D shows a circular arrangement of numbered circles (1-8) around a central point H. The circles are arranged in two concentric rings. The outer ring contains circles labeled 1 through 8 clockwise from the top. The inner ring contains circles labeled 1 through 8 clockwise from the bottom. A horizontal axis labeled D points to the left, and a vertical axis labeled B points downwards.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

الدكتور عبد الغني أكداش

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophthalmologiste



Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie - Laser  
Strabisme  
Lentille de Contact  
Microchirurgie

Berrechid .....



08/08/13

طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علاج بالليزر

الحول، العدسات اللاصقة

الجراحة بالمجهر

برشيد، في

Dr. AGUEDACH Abdelghani  
Ophthalmologiste  
88 Bd. Moulay Ismail - Berrechid  
Tél: 0522 32 72 58

en date

il. ٢٠١٣ ( - ٣٨٧.٦٥)

oc. ٤. ٢٢

Dr. AGUEDACH Abdelghani  
Ophthalmologiste  
88, Bd. Moulay Ismail - Berrechid  
Tél: 0522 32 72 58

**FACTURE**

Date : 08/03/2023

**CLIENT:** SAAD EL ADDIL

**Numéro:** 8478408804

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE VILINI	1	1 000.00
VD	UNIFOCAL ORG 1.56 PHOTOMAX	1	500.00
VG	UNIFOCAL ORG 1.56 PHOTOMAX	1	500.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<b>CORRECTION VISUELLE:</b>			
<b>Dr. AGUEDACH ABDELGHANI</b>			
LOIN : OD:-0.75(-1.50,100°) OG:(-2.00,70°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD: OG:			
			<b>Total TTC:</b> 2 000.00
			Taux TVA: 20%
			Montant TVA 400.00

 Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE DIRHAMS .TTC.**
