

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

adiologie 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.

éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0038890

ND: 17553

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10335 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NEGLAOUI, Abdellah

Date de naissance : 17/05/59

Adresse :

Tél. : 06.07.15.60.46 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2010

Nom et prénom du malade : NEGLAOUI, Abdellah 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
16/01/10	cs	20000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	
	16/01/2020					Aero

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'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Abdelghani AGUEDACH

Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie- Laser

Strabisme

Lentille de Contact

Microchirurgie



الدكتور عبد الغني أكيداش

طب العيون

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علاج بالليزر

المول، العدسات اللاصقة

الجراحة بالملحمة

Berrechid, Le

18/11/20

برشيد، في

NEDRAoui
SOHA

lentes

OL + ABD

OL + ABD

Antoine

CHAMOUNI OPTIQUE
18 Bd Dakhla - Hay Mouline
TEL: 05 22 53 43 20

Dr AGUEDACH Abdelghani
Ophtalmologiste
Dr. Ismail Ferrachi
05.22.32.72.58

88. شارع مولاي اسماعيل، شقة رقم 6 (طريق حد السوالم) برشيد - الهاتف : 0522 32 72 58
88, Bd, Moulay Ismail Appt, N° 6 (Route Had Soualem) Berrechid - Tél. : 05 22 32 72 58



CHAOUIA OPTIQUE
fedoua Stitou

Opticienne - optométriste

Facture n° **Nº 0000578**

Berrechid le 16/01/2020

Client *Mme Alegzouri Doha*

Qté	Désignation	prix	total
1	moulure	600	600
2	v - org - g - m - b - h / / /	300	600
	od. + 1,50	300	300
	os. + 1,50	300	300
			1200
Arrêtée la présente facture à la somme de			
<i>Mme Doha est satisfaite</i>			

CHAOUIA OPTIQUE
18 Bd de la Gendarmerie - Hay Al Mouna - Dakhla
Tél : 0522534820 - Fax : 0522534821
Mardi 10 Janvier 2017

18 BVD Dakhla hay al mouna - Berrechid - TÉL : 0522534820

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