

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 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

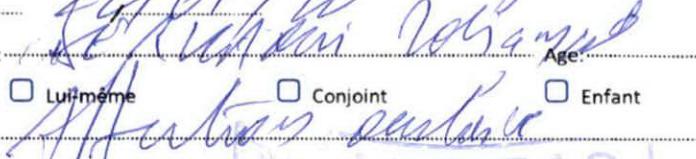
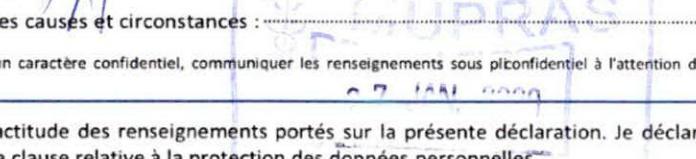
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

N° W19-488171

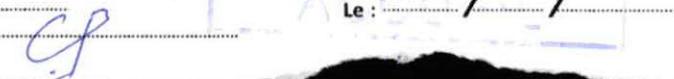
MP = 18 152

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1835</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>DERKAOUI</u>			
Date de naissance : <u>1950</u>			
Adresse : <u>31 RUE FIGUIG HAY TADA MOUNI BERRECHID</u>			
Tél. : <u>06 66 199464</u>		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. AGUEDACH Abdelghani Ophtalmologiste 98, Bd. Mly. Ismail - Berrechid Tel: 05 22 20 45 45 </div>			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : Nom et prénom du malade : Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVÉ DES ÉBAUFS 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
12/04/2021	CC	100000	INP : 1111111111111111	AGUEDACHA ADO hteknologis Ismaïl Bérech

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOSGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

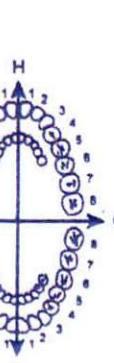
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>OPTIQUE ABN Optometriste Jassan Il Berrache 022 32 77 77</i>	<i>02/02/2010</i>					<i>12000</i>

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H	25533412 21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	D	00000000 00000000	
		00000000 00000000	
		35533411 11433553	
	G		
	B		

HET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 أكمل اش

طب العيون

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علاج بالليزر

المول، العدسات اللاصقة

الجراحة بالجهاز

Berrechid, Le 22/09/10 برشيد في

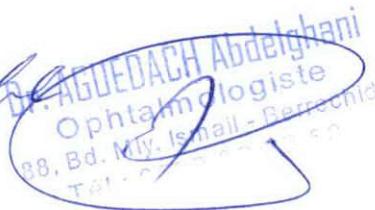
(ERKAZ
Ragaqub

in 2008

22.10.10.18

OC 1 + L. 110

- Amblyopie N1 + 3 dpt
- photocoagulation



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

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optometriste
5, Lot Issali Bd Hassan II - Berrechid
Tél. 022 53 32 00 - Fax 022 32 77 77

BERRECHID LE : 23/01/2020

Client	MR DERKAOUI MOHAMED
---------------	----------------------------

FACTURE N°121/2020

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	600,00	600,00
2	VERRES PROGRESSIFS PHOTOCHROMIQUES	800,00	1 600,00
TOTAL			2 200,00

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

