

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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.

taire :

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.

adie 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0026679

ND: 01801

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6430 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAYAB DRISSE

Date de naissance : 18-10-1961

Adresse : 13 RUE EL KHALIL HAY EL BARAKA I

BERRCHID 30000 MUPRAS

Tél. : 0675536279 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Date de consultation : 29/07/2021 Age :

Nom et prénom du malade : TAYAB KUADJA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Opticien sur Paris

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 Parcours des Actes
03/08/2021	L 2	200 DH		AGUEDACH Abdellah M. Ismail Ben 32 72 58

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIC CONTACT Opticien Khalid Khalid Opticien Diplômé d'Etat BIS Rue Medina Ben Slimane 06100051-Par 40 07 08 CNSS 224479	12/07/2021	1000,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelghani AGUEDACH

Ophthalmologist

Specialist in Eye Diseases and Eye Surgery
Former Doctor in Military Hospitals



Angiography - Laser
Strabismus
Contact Lens
Microsurgery

Berrechid

29/08/11

الدكتور عبد الغني أغاڈاش

Eye Doctor

Specialist in Eye Diseases and Eye Surgery
Former Doctor in Military Hospitals

Eye Imaging

Laser Treatment

Glasses, lenses

Magnifying glass

In Berrechid, in

TAYAB
WMA (S) A

OPTIC CONTACT
Optician Optometry License N° 052-32-47-14
57 Bd. Rue Moulay Ismaïl - Berrechid - Morocco
IF 06 300051-Post N° 40702-08-CNSS 2244

MR. TAYAB

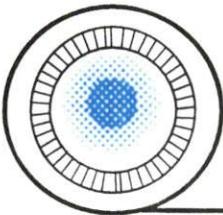
Vf - 6,50 (- 1,65 - 180)

OC - 3,00 (- 1,65 - 180)
Antioch

Dr. AGUEDACH Abdelghani
Ophthalmologist
Bd. Mly. Ismail - Berrechid
38 052 32 72 58

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

optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 743/21

Berrechid, le 12/08/2021

Client : Mme Tayeb Khelijat

Code	Description	Total
401	R VISIM DE LION N°	210
403	DGRM 4W 100 ml	210
	é unité	700
		1200
00	-2 NB (-1,8 à 180°)	
00	-3,0 (-1,2 à 175°)	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Mme Tayeb Khelijat

OPTIC CONTACT
Opticien Optométriste
Khalid Admy
57 Bis Rue Médina Berrechid - Tél. 0522 3244797
IF 06 00051 - Pat.N 40707188 - C.N.S.S. N° 2244797 - ICE 001554434000048 - R.C. : 607 Berrechid