

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 82142 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : M. GUERICHAT Med A 11782

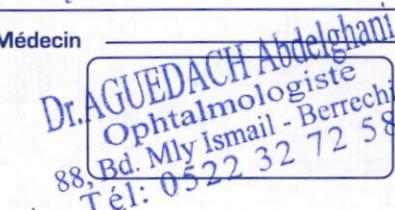
Nom & Prénom : M. GUERICHAT Med

Date de naissance : 10-08-1965

Adresse : cité FRAKIA N° 29 Rue Rachid Rida
Berrechid

Tél. : 06-74-00-4941 Total des frais engagés : 2800 dhst Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Dr. AGUEDACH Abdelghani
Ophtalmologiste
88, Bd. Mly Ismail - Berrechid
Tél: 0522 32 72 58

Date de consultation :/.....

Nom et prénom du malade : GUERICHAT Mouloud Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 15 AOUT 2023

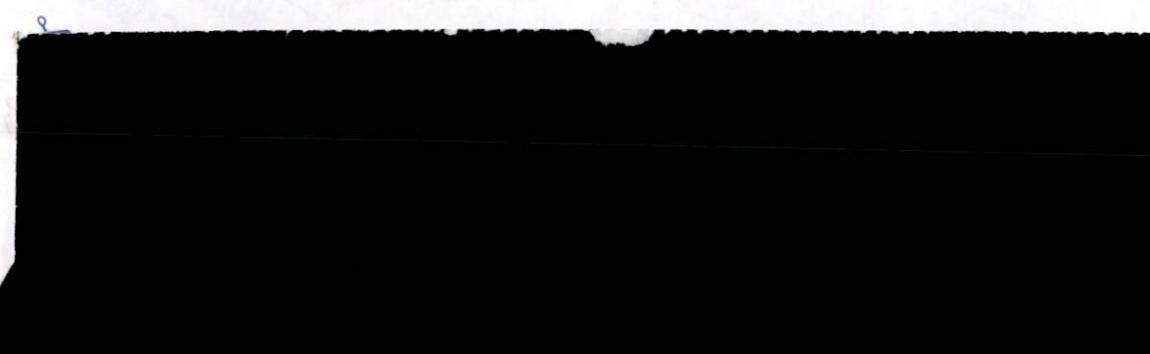
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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
10/08/23	c2	20000		DRAGUET DACHY Béatrice Ophtalmologiste Rd. Mixte 32 32 32 05 22 32 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNEXE 2 - RADIOSURVIES			
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 décaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/08/23					<p>OPTIQUE MOUSTAKI Opticien Optométriste Bd. El Mokhtar 106 - N° 10 Av. Mohammed V - 1000 1200 24 35-GSM MOU AbdSS</p>

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> G 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> D 00000000 35533411 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> B 00000000 11433553 </td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000					
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553					
		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>				
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>				
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الغني أكداش

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophtalmologiste



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

Angiographie - Laser

Strabisme

Lentille de Contact

Microchirurgie

طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علاج بالليزر

الحول، العدسات اللاصقة

الجراحة بالمجهر

Berrechid

ABDELGHANI

برشيد، في

GULLICKSEN
Berrechid

WILHELM

OPTIQUE M. BOUSSAOUI
Ophtalmologiste
Bd. El. El. B. 06, N° 7
May Mohammedi Casablanca
Tél: 0522 34 34 34 - 0522 32 31 95

OC + A (2028.105)

OC + A (2028.106)

ABDELGHANI
Ophtalmologiste
88, Bd. Mly Ismail - Berrechid
Tél: 0522 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

OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste
Bloc Kodia 106 Bd. E
N°7 Bis, El Hay Mohammadi - Casa
Tél : 06 69 00 97 56
05 22 60 34 93
Patente : 32825428



نظارات مساوى

أخصائي في النظارات البصرية

يلوك الكدية 106 - الحي المحمدي E

الرقم 7 مكرر - الحسني المحمدي

الهاتف: ٨٥ ٩٧ ٥٠ ٦٩ ٠٦

05 22 60 34 39

32825428 البات

Nº 000832

Ordonnance de M. le Docteur :

AGUÉDACH

N° de nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D: $165^{\circ} + 0.25$) + 1.00 O.G: $180^{\circ} + 0.25$) + 1.00	PRES	O.D: + 3.00 O.G:
------	--	------	---------------------------

FOURNITURE

1 Monture : PLASTIQUE

800^{HC}

1000th

1000²¹

Etuis : ANTIREFLET

Total : 2800 DH

OPTIQUE MOUSSAOUI
Opticien Optométriste
106 N° 7
Champédi - Casablanca
Tél. 0524 000 001

OPTIQUE MOUSSAOUI
Opticien Optométriste
106, N° 7
Bld. E. Chappédi - Casablanca
Tél. : 0521 90 87 65
Fax : 0521 90 87 65
PC : 372042 - CNSS : 173923031

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 15/08/23

M. ou Mme : GURICHAT Noémie

ICE : 001789511000067 - ID : 40151582 - RC : 372042 - CNSS : 173923031