

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

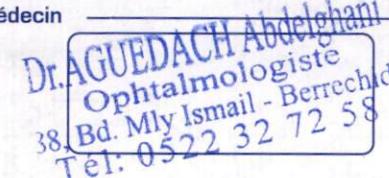
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	8242	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AZ1783
Nom & Prénom :		M2 GUERIHA T Med	
Date de naissance :		10-08-1965	
Adresse :		calle IRAKIA N° 09 Rue Rachid Rida Berrechid	
Tél. :	06 94 00 911	Total des frais engagés :	3100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	BINT FARAH AMINA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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
10/07/21	cc	Leys		JAGUEDACHABD Optalmolo 67,50 Mme Ismaïl-Berger 22 32 72 58

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/08/23					

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophthalmologiste



Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie - Laser

Strabisme

Lentille de Contact

Microchirurgie

Berrechid

الدكتور عبد الغني أغاichi

طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علاج بالليزر

الحول، العدسات اللاصقة

الجراحة بالمجهر

برشيد، في

10/08/23

BRW GARAIS

ANIMA

HADDOUD

OPTIQUE M. BOUSSAOUI
Opticien Optométriste
Bd E. Bloc 106, N° 7
Hay Mohammadi 34 35 3551 Casablanca
Tél: 0522 30 34 35 0669 00 97 65

DR AGUEDACH Abdelghani
Ophthalmologiste
88, Bd Mly Ismail - Berrechid
Tél: 0522 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 مساوي

أخصائي في النظارات المصرية
 بلوك الكنديه 106 - الحي المحمدي
 الرقم 7 مكرر - الحي المحمدي
 الهاتف : 06 69 00 97 85
 05 22 60 34 39
 32825428 : البالنتا

N° 000833

Ordonnance de M. le Docteur :

AGVEDACM

MOUSSAOUI Abdssamad
 INPE: 095012357

N° de nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D: $85^0 + 0.75$) + 0.75 O.G: $100^0 + 1.00$) + 0.75	PRES	O.D: + 2.25 O.G:
------	---	------	---------------------

FOURNITURE

1 Monture : PLASTIQUE

900 D^H

2 Verres : Progressifs
FORMA

1000 D^H

Etuis : ANTI REFLET

1000 D^R

Total : 2900 D^H

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le

15/08/23

M. ou Mme : BENFARAJ

OPTIQUE MOUSSAOUI
 Opticien Optométriste
 N°7, Bloc 106, El Hay Mohammadi - Casablanca
 Tél : 06 69 00 97 85 / 05 22 60 34 39 / 32825428 / 06 69 00 97 85

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