

## 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 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.

### 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 des données à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W19-418008



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **02741**

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0668640833**

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Autre

Ahmed

HAFID Ahmed

01 - 01 - 1954

rue 1 villa 43 Elhouicha

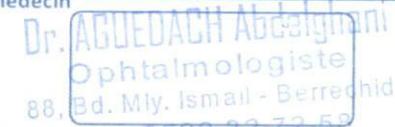
Berre Chid

Total des frais engagés : **2000,00** Dhs

### Optique

### Autres

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

**MUPRAS** **Affection** **Optique** **Dentaire**

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 : **ACCUEIL**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **07/10/2019**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
03/10/11			<i>Cardy</i>	INP : <i>AGUEDACH Abdellah</i> Dr. AGUEDACH Abdellah Ophtalmologiste M. My. Ismail - Berrechid 522 32 72 58

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																		
Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																														
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																														
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>D</b> </td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> <b>G</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G			25533412	21433552				00000000	00000000		<b>D</b>		00000000	00000000	<b>G</b>			35533411	11433553				B		
		H		G																														
		25533412	21433552																															
		00000000	00000000																															
<b>D</b>		00000000	00000000	<b>G</b>																														
		35533411	11433553																															
		B																																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>																														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																																		

Dr. Abdelghani AGUEDACH

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie- Laser

Strabisme

Lentille de Contact

Microchirurgie



الدكتور عبد الفتاح أكثم اش

طب العيون

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علاج بالليزر

الحول. العدسات اللاصقة

الجراحة بالجهاز

Berrechid, Le

08/10/19

برشيد في

IKRifi

M. WA

lunettes

86 + 150 (+ 1.125)

DC + 178 (+ 0.25. 10)

111 + 3 de (e)

Antoine KIR

Dr. AGUEDACH Abdelghani  
Ophthalmologiste  
88, Bd. Mly. Ismail - Berrechid  
Tél.: 0522 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

**AOUIA OPTIQUE**  
**STITOU FEDOUA**  
 Opticienne Optométriste  
 18 Bd Dakhla - Hay Al Monna - Berrechid  
 TEL: 05 22 53 48 20

M<sup>me</sup> HAFID  
 Minia

le 03/10/19

**FACTURE N° 09897**

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
1	monture	50,00 Dhs	
2	Venes progressif Anti reflet		
0D	+1.50 (+1w x 175)	1000,00 Dhs	
0G	+1.75 (+0.25 x 175)	1002,00 Dhs	
	ADD +3.00 Dhs		
	Deux mille cinq cent	2500,00 Dhs	
	CHAOUIA OPTIQUE		
	STITOU FEDOUA		
	Opticienne Optométriste		
	18 Bd Dakhla - Hay Al Monna - Berrechid		
	TEL: 05 22 53 48 20		