

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-418008

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02741 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAFID Ahmed

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : rue 1 villa 43 ELhouba

Berrechid

Tél. : 0668640833 Total des frais engagés : 2700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AGUEDACH Abdelghani

Ophthalmologiste

88, Bd. Mly. Ismail - Berrechid

Date de consultation : 03/10/2019

Nom et prénom du malade : HAFID Ahmed Age : 64

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : MUPRAS Affection Longue Durée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie est à caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

07 OCT. 2019

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la charte relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Berrechid Le : 07/10/2019

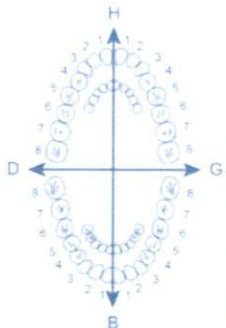
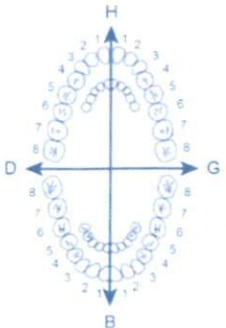
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
03/10/19				INP : Dr. AGUEDACH Abdelhak Ophthalmologiste 88, Bd. My. Ismail - Berrechid Tél: 0522 32 72 58

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date des Soins	Nombre				Montant des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	03/10/19					

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																									
Le praticien est prie de preciser la dent traitée l'acte pratique en indiquant la nature des soins.																									
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaires, 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"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>		H			H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B		B																						
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, necessaire a la profession																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET 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 أگداش

طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طبيب سابقا بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علاج بالليزر

الحول. العدسات اللاصقة

الجراحة بالمجهر

برشيد. في Berrechid, Le 28/10/19

18/11/19

19/11/19

19/11/19

28 + 1.50 (+ 1.100)

DC + 1.75 (+ 0.25. 100)

100 + 3.00

Arboua

MAOUIA OPTIQUE
STITOU FÉDOUA
Opticienne Optométriste
Berrechid - Hayat Monna - Berrechid
Dakhla - Hayat Monna - Berrechid
TEL : 05 22 53 48 20

Dr. AGUEDACH Abdelghani
Ophtalmologiste
88, Bd. M. 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

CHAOUIA OPTIQUE **STITOU FEDOUA** Opticienne Optometriste

18 Bd Dakhla - Hay Al Monna - Berrechid
 TEL : 05 22 53 48 20

M^{me} HAFID
 M. W. A.

le 03/10/19

FACTURE N° 09897

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
1	monture	500,00 Dht	
2	lentes progressives multifocales		
OD	+1.50 (+1.00 x 175°)	1000,00 Dht	
OG	+1.75 (+0.25 x 175°)	1000,00 Dht	
	ADD +3.00		
	Deux mille cinq cents	2500,00 Dht	

CHAOUIA OPTIQUE
STITOU FEDOUA
 Opticienne Optometriste

18 Bd Dakhla - Hay Al Monna - Berrechid
 TEL : 05 22 53 48 20