

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

- 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.

N° W19-481646

46733

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 5934 | | Société : R.A.M. | |
| <input type="checkbox"/> Actif | | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | | Retraite | |
| Nom & Prénom : ASSAL MUSTAPHA | | | |
| Date de naissance : 1963/11/05 | | | |
| Adresse : HAY EL HODA. N°29. Rue: f. Berrechid | | | |
| Tél. : 06.04.6856.33 | | Total des frais engagés : HT 2200,00 Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Dr. ABUEDACH Abdelghani Ophthalmologiste 88, Bd. Mly. Ismail - Berrechid Tél. : 0522 32 72 58 | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 10/10/2012 | | | |
| Nom et prénom du malade : ASSAL MUSTAPHA | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Affection oculaire | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Urgence | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous le sceau d'assurance 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **09/10/2012**



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/10/20 | | | 100,00 | INP : 061164033 AGUEDACH Abdellah Institut d'ostéopathie Imam - Berrechid 22 72 58 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| Opticien Ouhoud Téle : 05 22 32 87 10 | 30/10/09 | | | | | 20.00 Dhs |
| Opticien mosquée Ouhoud Téle : 05 22 32 87 10 | | | | | | |
| Opticien mosquée Ouhoud Téle : 05 22 32 87 10 | | | | | | |

RELEVÉ 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.

| 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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> </table> | | | H | | D | 25533412 21433552 | 00000000 00000000 | | B | 35533411 11433553 | 00000000 00000000 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 25533412 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | B | 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |

FACTURE

Date : 30/10/2020

CLIENT: WIJDANE ASSAL

Numéro: 7811877814

| Article | Désignation | Qté | Prix TTC |
|--|--------------------------------|-----|-----------------|
| LOIN: | | | |
| MONTURE | OPTIQUE CR | 1 | 600.00 |
| VD | BOURGEOIS UNIFOCAL ORG AR 1.74 | 1 | 700.00 |
| VG | BOURGEOIS UNIFOCAL ORG AR 1.74 | 1 | 700.00 |
| PRES: | | | |
| MONTURE | | 0 | 0.00 |
| VD | | 0 | 0.00 |
| VG | | 0 | 0.00 |
| CORRECTION VISUELLE: | | | |
| Dr. AGUEDACH ABDELGHANI | | | |
| LOIN : OD:-7.00(-4.00,180°) OG:-8.00(-3.25,160°) | | | |
| PRES: OD: OG: | | | |
| ADD : OD: OG: | | | |
| Total TTC: | | | 2 000.00 |
| Taux TVA: | | | 20% |
| Montant TVA | | | 400.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE DIRHAMS .TTC.**

Optique Ouhoud
 Opticien Optométriste
 4, Rue d'Alger Mosquée Ouhoud
 Berrechid - Tél : 05 22 32 87 19

الدكتور محمد الغنمي أكاداش

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

16/10/16

برشيد، في

Optique Ouhoud
Opticien Optométriste
4, Rue d'Alger Mosquée Ouhoud
Berrechid - Tél : 05 22 32 87 19

ABD
WIGISTAN

Amriths

OK - 7 (- 4.18)

DC - 8 (- 38.16)

Dr. ABDELGhani AGUEDACH
Ophtalmologiste
88, Bd. Mly. Ismail - Berrechid
Tél.: 0522 32 72 58

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