

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Prothétique :

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

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6702

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOULITAKI Abdallah

Date de naissance : 21/2/1947

Adresse : JAMILA 5 Rue 113 N° 32 - C.D. CASA

Tél. : 06 54 96 10 61 Total des frais engagés : 300,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTHALMOLOGISTE
104, BIS Bd. Abdelmoumen, Rte ACACIA
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail: berrada.hamid@mail.com

Date de consultation : 25 DEC 2019

Nom et prénom du malade : FHOUAME BATHRI ACCUEIL Age : 1949

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculologique

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 : CASA Le : 29 DEC 2019

Signature de l'adhérent(e) :

15/01/2020

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
25 DEC 2019	200A	C2	300 -	
				BERRADA Mohammed OPHTHALMOLOGISTE Bd Elmoumen, Rue ACAPULCO +212 622 99 40 40 / 0522 99 40 41 hamid@omail.com

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 la

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed Berrada

الدكتور محمد براة

Ophtalmologiste

أخصائي أمراض و جراحة العيون

Maladies et Chirurgie des Yeux

طبيب معتمد للفحص الطبي

Medecin Agrée pour la Visite

لقدرة على السياقة

Médicale d'Aptitude à la Conduite

تصحيح الميopia بالليزر

Correction de la Myopie au laser

Casablanca, le

25 DEC. 2019

FATHOME B. M. S.

cataracte OD + implant

K120

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTHALMOLOGISTE
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rue ACAPULCO
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) . 104 ، مكرر شارع عبد المؤمن البيضاء
Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104 bis, Bd Abdelmoumen Casablanca
Tél. : 05 22 99 40 40/41 - E-mail : berrada.hamid@gmail.com