

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03705 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAFFIH Abdelkader

Date de naissance : 01-01-1959

Adresse : me 88 n°17 groupe C EL OULFA Casablanca

Tél. : 0667942246 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : - 3 JUL. 2021

Nom et prénom du malade : EL HASSOUNI Fatiha

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Affection ophtalmologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli conf. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : 09/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ 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
- 3 JUIL. 2021		C2	300,-	INF : 09103277 BERRADA Mohammed DENTOMOLOGISTE Rce ACAPULCO

DR. BERRADA Mohammed
OPHTHALMOLOGISTE
Bordj, Abdelmoumen, Rce ACAPULCO
0522 99 48 41
...@...com

[illegible]

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

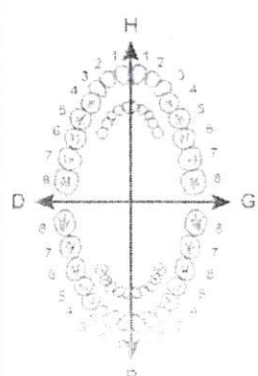

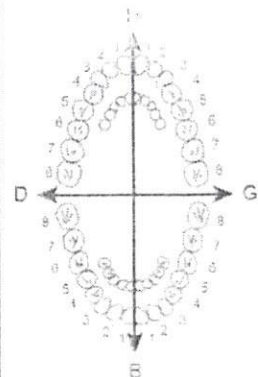
[illegible]

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 canaux, ainsi que les prescriptions.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE 			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS		
					DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION		

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des s

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi qu

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX				
					MONTANTS DES SOINS			
					DEBUT D'EXECUTION			
					FIN D'EXECUTION			

[illegible]

Docteur Mohammed Berrada

Ophthalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux
Médecin Agréé pour la visite
Médicale d'aptitude à la conduite
Correction de la myopie au laser

دكتور محمد بيراد
في أمراض وجراحة العيون
رئيس معتمد للفحص الطبي
للقدرة على القيادة
تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le - 3 JUL. 2021

EL HASSOUNI Fokha

Reinltes

OD : (90, -1.25) + 0.25

OG : (70, -0.50) - 0.50

pres - 0.50 OG = add + 2.50

verres omnis antireflets

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

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104, مكرو شارع عبد المومن البيضاء
Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abelmoumen Casablanca
Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM : 06 62 15 84 83 - الهاتف - E-mail : berrada.hamid@gmail.com