

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 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.



Déclaration de Mal

N° W19-444407

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique (63)
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 03705	Société : RAM (83)	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : S.AFFIH AbdelKader		
Date de naissance : 01-01-1919		
Adresse : Rue 88 n° 17 groupe C Elouffa Casablanca		
Tél. : 0667942246 Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. BERRADA Mohammed OPHTALMOLOGISTE 104, Bis Bd. Abdelloumen, Rte ACAPULCO Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41 E-mail: berrada.hamid@mail.com	
Date de consultation : - 3 JUIL. 2021	
Nom et prénom du malade : EL HASSOUNI Fatiha	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Affection oculaire	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confié au médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et j'ai 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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 MÉDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Scans	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 s

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi qu'en cas de douleurs persistantes.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)

Doctor Mohammed Berrada

Ophtalmologiste

Maladie et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser

دكتور براطة

في أمراض وجراحة العيون

دكتور محمد البهمني الذي

للقدرة على السيارة

تصحيح المسار بالليزر

Casablanca, le - 3 JUIL. 2021

AL HASSOUNI Fouika

Rimettes

OD : (90, -1,25) + 0,25

OS : (70, -0,50) - 0,50

PS : ODA = odd + 2,50

Vetres sans effets

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

إقامة أكابولكو (ذوق القرض العقاري السياحي) - 104، مكرر شارع عبد المؤمن البيضاء

Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelloumen Casablanca

Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM : 06 62 15 84 83 - E-mail : berrada.hamid@gmail.com