

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *NO A 53*

Société : *R.A.M* *144327*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Marcos Am. Abdellah*

Date de naissance : *06/02/68*

Adresse : *32 Rue Allal Ben Abdellah 10100 Casablanca*

Marrakech

Tél. : *06 66 303 635* Total des frais engagés : *4369,31* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *11/11/2013*

Nom et prénom du malade : *Marcos Am. Abdellah* Age : *55*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 :

Le : *11/11/2013*

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des
DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28				Montant des soins
					<input type="text"/>
GAUCHE	32 33 34 35 36 37 38 39 30 31 32				<input type="text"/>
HAUT					Début d'exécution
BAS					<input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Fin d'exécution
DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	D	H	21433552	<input type="text"/>
			G	00000000	<input type="text"/>
GAUCHE	32 33 34 35 36 37 38 39 30 31 32			00000000	<input type="text"/>
HAUT				35533411	<input type="text"/>
BAS					Coefficient des travaux
					<input type="text"/>
					Montant des soins
					<input type="text"/>
					Date du devis
					<input type="text"/>
					Fin de
					<input type="text"/>

VOLET ADHERENT

NOM :

Mile

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois.

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



W18-359629

DATE DE DEPOT

17.10.2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	10/153
Nom & Prénom		Marhoun Hélibir	
Fonction		Membre	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date 17.10.2022	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Réumatisme - Effet d'indométhacine			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2			200
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		119.30	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Lazar

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agree Pour Permis De Conduire



الدكتورة براادة السنی شکیب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين عدسة الاتصال - إلبيز - أنجيوغرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لـ أمراض العيون

مرخص بعطاء الشهادة للقدرة على القيادة

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème étage Maârif
Casablanca - Tel: 05 22 99 45 68/69

12.10.2022

الدار البيضاء ، في :

Mme M ARTHOUR - Imame

Laurette de l'antioxydant (Vitamine C + E + Acide hyaluronique)

$$= (180 - 925) \\ = (0 - 925)$$



28.6

✓
N.S.

✓
Ag 21,1 + 05
Ag 31,1 + 05
Ag 21,1 + 05
✓
✓
✓

- opstandol. Cilly
90.70

✓
N.S.

✓
Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème étage Maârif
Casablanca - Tel: 05 22 99 45 68/69

Galerie Familia Angle Rue Jura - Auvergne (Ancien Cinéma

Familia) 3ème étage - Maârif - Casablanca

Tél. : 0522.99.45.68/69

رواق فاميليا زاوية راجو وروانجور سينما فاما لينا سابقا

الطابق الثالث - المعارف - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.99.45.68/69