

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

Le 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

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

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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 : 0887

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

HAR HAR Samia

26-06-51

1 Rue Omer Riffikou CASA

26-06-51

Total des frais engagés : 400 Dhs

Dr. Mohammed MOLOGLISTE

Angie BA - Allal Ben Abdellah Center

2ème étage, 6ème étage, 20-GSM 06 61 03 51 51

Tél: 0522 26 28 20-GSM 06 61 03 51 51

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2020

Nom et prénom du malade : HAR HAR Samia

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection dentaire

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-043406

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0887

Nom de l'adhérent(e) : HAR HAR Samia

Total des frais engagés : 400 Dhs

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HANFI Dr L'AMIRI Afaf Imm 36 Local 16 El Hank - CASABLANCA Tél: 0522 94 94 22 ICE: 0097 94 94 0000 60	06/06/20	PHARMACIE EL HANFI Dr L'AMIRI Afaf Imm 36 local 16 El Hank - CASA Tél: 0522 94 94 22 ICE: 0097 94 94 0000 60 22416

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																												
				MONTANTS DES SOINS																												
				DEBUT D'EXECUTION																												
				FIN D'EXECUTION																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td></td><td>G</td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000	00000000			35533411	11433553			B			
H		G																														
25533412	21433552																															
00000000	00000000																															
D		G																														
00000000	00000000																															
35533411	11433553																															
B																																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																															
				MONTANTS DES SOINS																												
				DATE DU DEVIS																												
				DATE DE L'EXECUTION																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

مركز الامراض و جراحة العيون

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب و جراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيفاكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموية

فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون



Lot n° :
Fab :
EXP :

Ouvert le:

Casablanca le, 06/06/2020.....

HARHAR Sámia

120,00

- HYLO-COMOD GEL (Hyaluronate)

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois.



35,50 - TOBRADEX COI LYRE (Tobramyc.Dexaméthasone)
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours



- ACULAR 0,5% COLLYRE (Kétorolac)

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 7 jours



38,50

224,60

PHARMACIE EL HANK
092024017

