

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.

N° W19-530653

N.D : 30569

X Optique

Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricle : 10282		Société : RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Personnel(e)	Autre :
Nom & Prénom : Chababoui MOUICH TAH		
Date de naissance : 30/05/1960		
Adresse : Agadir		
Tél. : 06 40 75 42 78	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 30/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-530653

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).

Matricle :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

2 9 JUIN 2020 Tel C INP : 011062105
- K10 100,000

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	01.07.2025					25.000

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'ODF.

Optique Le Beau Coin



ICE : 001790060000087
RC : 335648

FACTURE N° 0006448

Casablanca, le : 01/07/2020

Mr : SAMALI LAILA

VL :

OD : (-0,50 à 105)

OG : (-0,50 à 110)

VP :

OD : A old + 1,50

OG : A old + 1,50

2) Monture : Métale optique 1000Dhs

3) Verres : Argonique Antireflets 1000Dhs

INPE :

001719172

Total :

2500Dhs

Arrêtée La présente Facture à la Somme de :

Docteur Karim GHARBI

SPECIALISTE

Maladies et chirurgie des yeux

Angiographie - Laser

Lentilles de contact

الدكتور كريم غربي

إختصاصي

أمراض وجراحة العيون

تصویر الأوعية - لازر

عدسات النظر

Casablanca, le : ٢٠٠٩ - ٦ - ٢٥
الدار البيضاء، في :

Clinic de Poix

W : (-0.50 : 105°)

W : (-0.50 : 110°)



Clinic de Poix

W : -0.50 + 1.50 Right

+ 2 Dromins

As per vision, All eyes are fine

clips de RD.

Dr. Karim GHARBI
Ophtalmologiste
Tél: 0522 75 11 21