

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.

Prothésiste :

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.

La 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

Préclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10233 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Noureddine Bachir

Date de naissance : 05-08-1963

Adresse : Boulevard N° 63 Sidi ottmane CASA

Tél. : 0664 245206 Total des frais engagés : 200 + 183 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



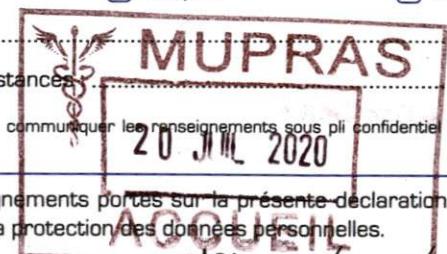
Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 57

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

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
DROITE	GAUCHE			
HAUT	BAS			

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
		H	
D	G	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

VOLET ADHERENT	NOM : <i>Mme Nacette</i>	Mle 10233
DECLARATION N°	W18-348133	
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	200 + 183 DH	3 P
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		

PPV: 96DH00
PER: 08/22
LOT: J494-1

Prazol 20mg

Omeprazole
28 gélules

6 118000 041009

BioVanic 500 mg
5 Comprimés
Deva Pharmaceutique

6 118000 41005 8

LOT: MO22
PER: 10/22
PPU: 69.00

MEDECIN	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	Age
Nature de la maladie	
Date 19/06/20 Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	
Nature des actes	Nbre de Coefficient
<i>Ablation + prothèse</i>	
Montant détaillé des honoraires	
Dr. AKKAD Mhamed N°61 Médecin Généraliste Bd 10 Mars Mabrouka Cage, Tel/Fax: 0522 22 62 21	
PHARMACIE Date 19/06/20	
Montant de la facture	
183.00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :	
Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	
CACHET	

Dr. AKKAD M'hamed

Médecine Général

Bd 10 Mars 1982 N°61, 1^{er} Étage À Côté Du

Café Al Haouzia Mabrouka - Casa

Visite Enfant - Femme - Homme

Visite À Domicile

E-mail: docakkadmhamed@gmail.com



الدكتور العقاد محمد

الطب العام

الطابق الأول (قرب مقهى الحوزية)

مبروكة - البيضاء

علاج الأطفال - النساء - الرجال

الفحص في المنزل

الهاتف: 05 22 38 62 27

Ordonnance

NACHT & DR. AKKAD M'hamed

Dr. AKKAD M'hamed
Médécine Générale
N°61, Bd 10 Mars Mabrouka
Casa, Tel/Fax: 0522 38 62 27

le 19/06/20

①

Bio Vanic



96.00

1 Gy /



②

Prazo 20 mg

183.00

1 Gy / J ✓

Dr. AKKAD M'hamed
Médécine Générale
N°61, Bd 10 Mars Mabrouka
Casa, Tel/Fax: 0522 38 62 27