

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.

Diagnostique 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.

Éducation :

- 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 canaux, 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 canaux.

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 052722

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10233 Société : N.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Noureddine Nachite H.

Date de naissance : 05-08-1963

Adresse : Boulevard 63 Sidi Othmane CASA

Tél. : 0664245206 Total des frais engagés : 200 + 183 DH 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 : Le : 20 JUIL 2020

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

VOLET ADHERENT	NOM: <i>Voine Hame Natche</i>	Mle <i>10233</i>
DECLARATION N°	W18-348133	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
	<i>200 + 183 DH</i>	<i>3 P</i>
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

مختبر دينا للصيدلة

MEDECIN		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	Age	Date <i>19/06/20</i>
Nature de la maladie		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>Abolition + prothèse</i>		<i>2000 D</i>
PHARMACIE		
Date <i>19/06/2020</i>		
Montant de la facture		
<i>183.00</i>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

DR. AKKAD Mohamed
N°61 Médecine Générale
Bd 10 Mars Mabrouk
Tél/Fax: 0522 24 62 27

PHARMACIE EL HAOUA
170 Bd 10 Mars
Sidi El Moudjahid
Bordj, Algérie
05 22 55 51

CACHET

CACHET

Dr. AKKAD M'hamed

Médecine Générale

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
N°61, Bd 10 Mars Mabrouka
Casa, Tel/Fax: 0522 38 62 27

Je 19/06/20

87.00

①

Bio VANI



96.00

②

PRAZO



183.00

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