

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 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.

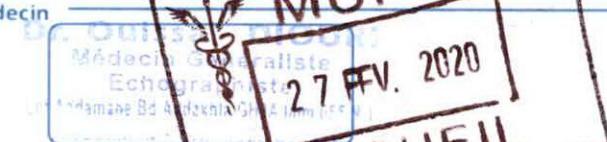
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire (22865)	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RMT	
Matricule : 10330			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENDAOU D KHALID			
Date de naissance : 22/11/1974			
Adresse : N° 106 - Rue 46 Hay Ry ABDELLAH - OSA			
Tél. (06) 62-12-58-58	Total des frais engagés : 300,00		
Cadre réservé au Médecin  Cachet du médecin : 27 FV. 2020			
Date de consultation : 21/02/2020	Age : 46		
Nom et prénom du malade : BÉNDAOU D KHALID			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan		
Nature de la maladie : Affection Digestive			
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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : OSA	Le : 21/02/2020		
Signature de l'adhérent(e) : 			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/10/2020	C	1	150 BH	INP : 111111111111 Médecin Généraliste Echographiste Signature Dr Adelkhan CHA Imm 05EN1 03002 18... 0522 67 19 46

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12	124.90

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Oussal DIOU
Médecin Généraliste
Echographiste
Addamoula Bo Koudakha GHSA Imm GEN-1
Tél: 0524 512 81

LOT : 2957
U.L.AV : 05-21
P.P.V : 34 DH 40

Le : 21.02.2020

ORDONNANCE

BENDAOUD KHALID

S.V

3M-40

1 Negasfon cp

S.V
1 cp

3f. 30

2. Imodium gel

1 gel
S.V

x 3 f

60 3. Entewogerminal fl

1 fl x 3 f

3M-30

Dr. Oussal DIOU
Médecin Généraliste
Echographiste
Addamoula Bo Koudakha GHSA Imm GEN-1
Tél: 0524 512 81

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Al sebâ Casablanca
Enterogermina susp b 10 fl
P.P.V : 60,00 DH

6 118001 081653

PHARMACIE DAKEHA

91, Avenue DAKHA
Houssayet
70000

P202117834
900361101
82

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50

6 118000 010845