

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.

N° W19-592088

PD: 49853

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>10216</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BATI DACHEK</u>			
Date de naissance : <u>18/12/1966</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0613 99 64 04</u>		Total des frais engagés : <u>1000,00</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : _____	
Nom et prénom du malade : _____	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> 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 l'acquéreur 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 : CASAB

Signature de l'adhérent(e) : bati

Le : 03/12/2020



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

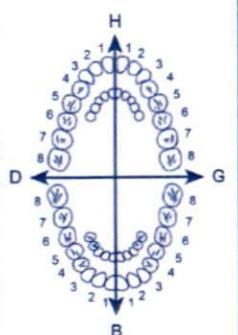
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
L.A.M.B. Laboratoire Bourgogne d'analyses Médicales 36, Résidence Bâtie Bd. Bourgogne Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99 FAX: 0522 20 81 00 - Chalon	27/11/2013	136 Résidence Bâtie Bd. Bourgogne d'analyses Médicales Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99 FAX: 0522 20 81 00 - Chalon	L.A.M.B. 136 Résidence Bâtie Bd. Bourgogne d'analyses Médicales Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99 FAX: 0522 20 81 00 - Chalon

AUXILIAIRES MEDICAUX

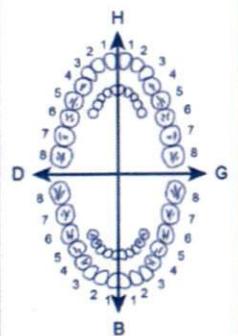
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Laboratoire BOURGOGNE
136 Résidence Belhacen, Boulevard Bourgogne
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100
@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

FACTURE N° : 200003705

INPE : 097164701



097164701

Casablanca le 27-11-2020

IF: 15231383
N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053
N°CNSS: 4430534

Mr Rachid DAHI

Demande N° 2011270043
Date de l'examen : 27-11-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	Recherche d'ARN SARS-COV-2 (COVID 19)	E600	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 600.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirhams

L.A.M.B.
Laboratoire Bourgogne d'analyses Médicales
136, Résidence Belhacen Bd. Bourgogne
Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax: 0522 20 81 00 - Casa



Edition : 27-11-2020

Mr DAHI Rachid
Code Patient : 2011110035
Prélèvement du : 27-11-2020

Médecin : :

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Test de dépistage d'ARN Viral SARS-COV-2 (COVID-19)

(Technique PCR temps réel)

Nature de prélèvement:

Naso-pharyngé

Résultat:

ABSENCE D'ARN du VIRUS SARS-COV-2

Validation Biologique par : Dr BELLAMINE KAWTHAR

Dr. Bellamine Kawthar
Médecin Biologiste
Laboratoire d'Analyses Médicales
Bourgogne