

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.

55076

| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autre |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 13139 | | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ATTAGI MADDIDINE | | | |
| Date de naissance : 05/10/31 | | | |
| Adresse : iattagi@gmail.com | | | |
| Tél. : 0663298230 Total des frais engagés : 00 | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin :  | | | |
| Date de consultation : 19/12/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : BAAHADIE KRAM Age : 60 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Fille / <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Affection respiratoire | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT | | | |
| 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 : **13/12/2020**

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 Medecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/12/2010 | | C.S. | 250 DH | 091188870 Dr. EL IDRISI Ame Tunisie, N°3, Inara 2, Ain Chok Tél: 05 22 52 10 03 |
| 29/12/2010 | | Test cutanée | 100 DH | |

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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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.

| | |
|--|--|
| DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |
| | |
| H 25533412 21433552 20000000 00000000 D 00000000 00000000 25533411 11433552 B | H 25533412 21433552 20000000 00000000 D 00000000 00000000 25533411 11433552 B |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |
| MONTANTS DES SOINS | MONTANTS DES SOINS |
| DEBUT D'EXÉCUTION | FIN D'EXÉCUTION |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXÉCUTION |

Spécialiste des Maladies Respiratoires

Asthme - Tuberculose - Allergie

Spirométrie - Bronchoscopie

Tests cutanés

Pathologie du sommeil



اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق - السل - المساسية

الفحص بالمنظار

فحص وظائف الرئة

أمراض النوم

اختبار حساسية الجلد

Casablanca, le : 13/12/2010 الدار البيضاء في

Compte rendu et facture
des tests cutanés

M^e IKRAN BAHADI

Tests cutanés : positifs aux
TP ; Blomia ; olivier

700 DH.

Prix > DR. MOUSTARHFIR EL IDRISI Amal
Pneumo Physiologue
1er Etage, Bd Taza N°3 Inara 2, Ain Chock Casablanca
Bd Taza, N°3 Inara 2, Ain Chock Casablanca
Tél : 05 22 52 19 01