

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° M21- 042226

84475

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00971 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0671837874

Total des frais engagés : 742,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

16 SEP. 2021
R Le : 15/10/2021
MUPRAS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/08/2018	U	C	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31-07-21	3580	762,10

AUXILIAIRES MEDICAUX

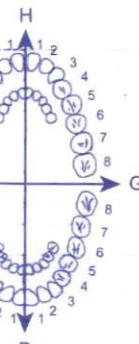
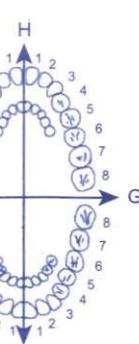
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. RAIS BTISSAM ORDONNANCE

Médecine de travail - Diabétologie et nutrition

Dar Lamine, bloc L, Imm 277 R.D.C N° 2

Hay Mohammadi, Ain Seba - Tél: 0522 60 68 69

INP 061125910

87-58-2

Echotaxis Rythme



Dr. RAIS BTISSAM
Médecine de travail - Diabétologie et nutrition
Dar Lamine, bloc L, Imm 277 R.D.C N° 2
Hay Mohammadi, Ain Seba - Tél: 0522 60 68 69

LABORATOIRE POPULAIRE D'ANALYSES MEDICALES**12 Bd la grande ceinture Hay Mohammadi Casablanca****Tél : 05 22 61 33 34 / 08 08 52 55 39 - Fax : 05 22 61 33 35****ICE : 002331414000069****Patente : 30300440****IF : 96513170****FACTURE N° : 210801834**

CASABLANCA le 31-08-2021

Mme ECHTAIBI Mbarka

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
	COVID-19 par RT_PCR	B	580

Total des B : 580

TOTAL DOSSIER : 742.40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent quarante-deux dirhams quarante centimes.



Date du prélèvement : 31-08-2021 13:03
Code patient : 2108310276
Né(e) le : 01-01-1957 (64 ans)

Mme ECHTAIBI Mbarka
Dossier N° : 2108310276
Prescripteur :



BIOLOGIE MOLECULAIRE

Test de détection du coronavirus (COVID-19):

Nature du prélèvement:

NASO-PHARYNGÉ/ NASOPHARYNGEAL/ NASOFARINGEO

-Résultat:

(RT-PCR-GeneProof COVID-19 Plus)

POSITIF /POSITIVE/ POSITIVO: COV-2 VIRUS
(DETECTABLE/ DÉTECTÉ/ DETECTADO)

Ct du gène RdRp + E :

34.50

(>35.00)

Un résultat négatif doit être pris en charge avec prudence. Selon les publications actuelles, ce résultat peut être aussi en rapport avec le début d'incubation du virus.

Dans tous les cas, les mesures d'hygiène doivent être maintenues.

Validé par : Dr. SENHAJJI RHAZI FATIMA ZAHRA

