

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2051 Société : ND 221

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RENNIS Rachid 1953

Date de naissance : 21 oct.

Adresse : 29 Rue Abou El WAKT. Bousgara.

CASA

Tél. : 0601122962 Total des frais engagés : 399,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Docteur FATHI Nabil Met
Allergologie Immunologie Clinique
Maladies Allergiques Asthme
Expert Assermenté près Les Tribunaux
104 Bd. du 11 Janvier 1er Etage Casab
Tél: 0522 44 52 78 / 79*

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/08/2022

Nom et prénom du malade : RENNIS Rachid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie médicale tenante

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : TA à l'activer

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 :

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
17/08/2018	Visite + Bref + Anamnèse		7000	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FATHI NAJIB Med

ALLERGOLOGIE

IMMUNOLOGIE CLINIQUE

de la Faculté de Médecine de Nancy

Membre de la Société Française
d'Allergologie et d'Immunologie Clinique
Maladies Allergiques - Asthme
Expert Assermenté près les Tribunaux

104, Bd. du 11 Janvier - 1^{er} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

الدكتور فتحي نجيب محمد

أمراض الحساسية والضيقية

بكلية الطب بنانسي

عضو في الجمعية الفرنسية لعلوم
المناعة والحساسية

خبير محلل لدى الحاكم

104، شارع 11 يناير الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

Casablanca, le: ١٧ - ٢٠٢٢
الدار البيضاء، في

j'ai pris resonance
Dr. Bennis Rachid faire
Asthme allergie contrôlée.

et ses allergies médicamenteuses
un test de patch réalisé à la
Clinique M suivant le code
médicale s'est avéré négatif.
Donc non allergie à l'aspirine.

ferme clastique.

Docteur FATHI NAJIB Med
IMMUNOLOGIE CLINIQUE
Maladies Allergiques - Asthme
Expert Assermenté près les Tribunaux
Casablanca