

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : **5340**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MOUARID BOUCHAIB**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0663517268**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **03 / 04 / 2013**

Nom et prénom du malade : **MOUARID BOUCHAIB** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Affection respiratoire**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

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
03.04.23	L2		0	Dr. AMRANI HENCI SIDIQ Pneumo-phtisiologue et Allergologue Sidiqne Firdaus, GH25A L 629 89 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

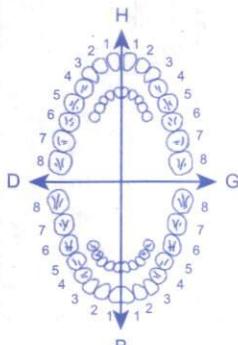
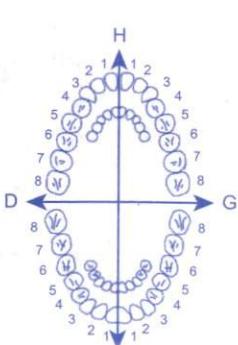
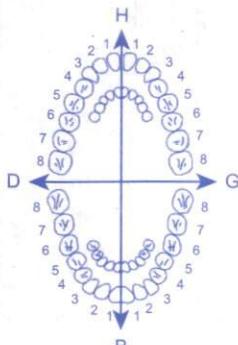
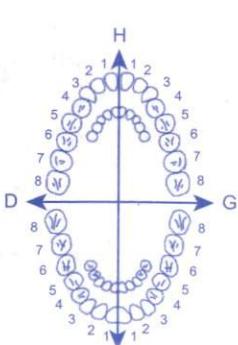
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires	
		PC	IM	IV
AIRLIFE s.a.r.l Rue 3 & 4 N°106 Mazola Hay Haesani - Casablanca Tél... 05 22 65 73 58	13/04/23			650 D.H.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux
	H			Montants des soins
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo- physiologues
Maladies Respiratoires et Allergiques
Asthme, Rhinite, Tuberculose
Adultes et Enfants
Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة هاجر لفي حنتي سعيدة
اختصاصية
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق، داء السل

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد ومستشفى مولاي يوسف

Matricule: MSL5340
الدار البيضاء، في ٢٤ مارس ٢٠١٣
Casablanca, le 24 March 2013

MR MOUAFID Bouchair

Microflora Spots

Gr B.P.C.O.

Nebulizers

SAIDI
Neuro-physiologue et Anesthésiologue
Résidence l'Iridaous, G125A
RDC - CARABISLAMA
Tél: 05 22 89 02 02

AIRLIFE SARL

N° 5340

Numéro Date
DV230000019 04/04/23

Mr MOUARID BOUCHAIB
CL000595

ICE:

Devis

Référence	Désignation	Qté	Px unitaire	Remise	Montant HT
ART174	NEBULISEUR ROSSMAX NA 100	1,00	541,67		541,67

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Total TTC	NET A PAYER
1	541,67	20%	108,33	541,67	0,00	650,00	650,00
Total	541,67		108,33				

AIRLIFE s.a.r.l
Rue 3 & N°106 Mazola
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 06 22 65 73 59

AIRLIFE SARL

Numéro Date
FC23000057 07/04/23

**Mr MOUARID BOUCHAIB
CL000595**

ICE:

Facture

Référence	Désignation	Qté	Px unitaire	Remise	Montant HT
ART174	NEBULISEUR ROSSMAX NA 100	1,00	541,67		541,67

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Total TTC	NET A PAYER
1	541,67	20%	108,33	541,67	0,00	650,00	650,00
Total	541,67		108,33				

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Six cent cinquante Dirhams

AIRLIFE s.a.r.l
Rue 3 & 4 N°106 Mazola
Hay Hassani -Casablanca
Tél. 06 22 65 73 59