

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.

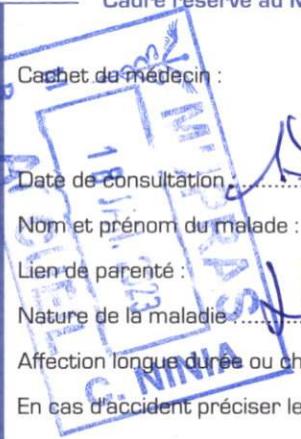


Déclaration de Maladie

M22- 0035376

245739

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire		
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1111	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		MANSOURI H MAD	
Date de naissance :		01-07-1954	
Adresse :		178 - Bloc 4 - Clé Commune Urbaine Hay Hassan - Casablanca	
Tél. :		06.61.66.89.92 Total des frais engagés : 1500,19 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	Date de consultation :
		18/01/2023
Nom et prénom du malade :		Age: 69 ans
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Fumême <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		
Affection longue durée ou chronique :		<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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
que je suis au fait des dispositions légales et réglementaires en vigueur à la protection des données personnelles.

Le : 18/01/2023

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
14/01/2013	Q	300	300	Dr. Hassan HAYAT Cardiologue, Bloc 25 Afghanistan, Dabul, Casablanca INPE: 091173914

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAJA CHALAK Haj Aya Docteur Oles Sebou - E Casablanca 00154146800057	14/01/2013	1219,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
10/01/2013			

AUXILIAIRES MEDICAUX

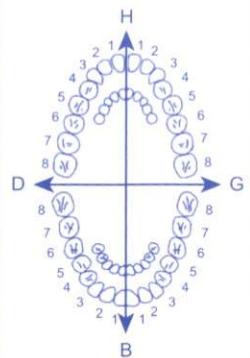
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

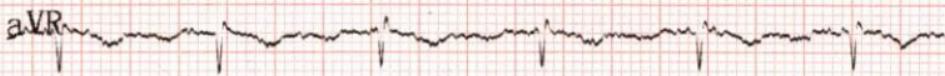
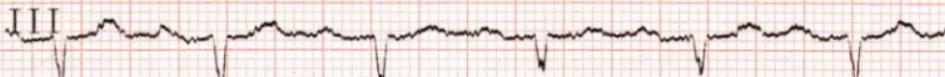
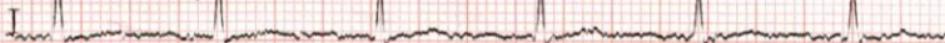
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS									
				DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AUTO 10mm/mV



II 10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV



cabinet dr najih hayat

2023-01-17 11:52

ID: _____

Nom: _____

Sexe: _____

Age: _____

Taille: _____ cm

Poids: _____ kg

SYS/DIA: _____ / _____ mmHg

FC [bpm]: 90

Intervalle PR [ms]: 250

Durée P [ms]: 122

Durée QRS [ms]: 77

Durée T [ms]: 207

QT/QTc [ms]: 322/394

Axe P/QRS/T deg: 91.2/-43.5/85.6

R(V5)/S(V1) [mV]: 0.99/0.43

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.42

<<Conclusions>>

Dévia. ax. gche sévère;

IM antéros. Ancien;

IM inf. Ancien;

Le rapport doit être confirmé par un médecin

Médecin _____