

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

- 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 : 5613 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT HENNOU LATIF AGN

Date de naissance : 21-07-1969 A70433

Adresse :

Tél. 667255042 Total des frais engagés : 700 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HASSNA FARESSE
CART'OL OGUE
Bd. EIQOD - Les Ressources Imm. 1
N°122 All Choua - Casablanca
0522 522 560 - INPE: 091199687

Date de consultation : 31/07/23

Nom et prénom du malade : M. AIT HENNOU LATIF

Lien de parenté : Soi-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Spondylo

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 02 AOUT 2023

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 Relèvement des Actes
23/07/2013	Acte 300	04		DI. HOSNAD BOUSSA CABINET DENTAIRE Bd. El Onde Rés. 1000m² Casablanca N°122 Ain Chouf - Casablanca 0522 522 530 - INFE: 091199687

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 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 canalaire, 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																									
			Coefficient des travaux																									
			Montants des soins																									
			Date du devis																									
			Date de l'exécution																									
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
<table border="1"> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<table border="1"> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552																										
D	00000000	00000000																										
B	00000000	00000000																										
G	35533411	11433553																										
H	25533412	21433552																										
D	00000000	00000000																										
B	00000000	00000000																										
G	35533411	11433553																										
				(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																								

Dr Hasnaa FARESSE

Nom : ait hemmou lahcen

Sex: Male

Lit No:

Age:

Date: 31/07/2023 15:24:07

SN: 0003531

Section:

Cli No.:

CaseNo.:

Fréquence:	1000Hz	QT Interval:	359ms	Prompt:
Temps d'écha	9s	QTc Interval:	397ms	
FC:	73bpm	P Axis:	34.60;â	
P Interval:	107ms	QRS Axis:	-26.00;â	
QRS Interval:	91ms	T Axis:	27.50;â	
T Interval:	186ms	RV5/SV1	0.84/0.55mV	
PR Interval:	182ms	RV5+SV1	1.39mV	

Dr. Hasnaa FARESSE
 CARDIOLOGUE
 Bd. ElQods, Casablanca
 N°122 Aïn Chock - Casablanca
 0522 522 530 INPE: 091192687
 Docteur: Dr Hasnaa FARESSE

