

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.

Radioologie 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-594828

190228

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 8326

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAO JECH

LOTFI

Date de naissance :

13/06/165

Adresse :

47 RUE IMAM MOUSLM OASIS

Tél. :

0661 39 63 06

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/01/2024

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Conjoint

ROONCHI LAROUATI

Nature de la maladie :

Docteur Ilham Tousnali

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements confidentiels 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 :

CASABLANCA

Le : 09/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

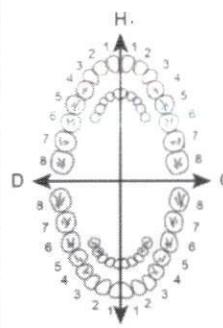
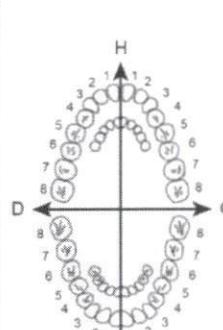
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>															
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">26533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-top: none; border-bottom: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-bottom: none;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	00000000	00000000	35533411 11433553			<input type="text"/>
	H	26533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	G																		
	B	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
	[Création, remont, adjonction]			<input type="text"/>															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>															

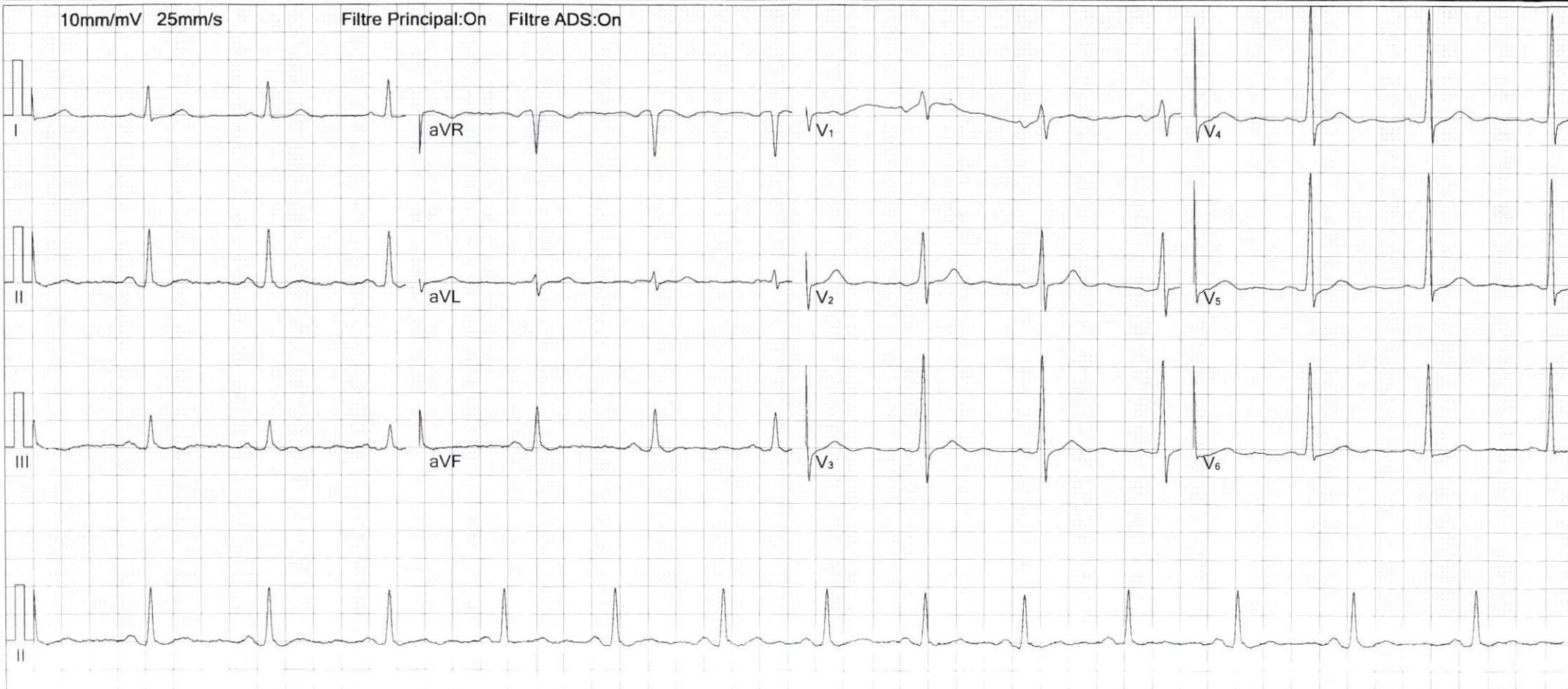
ECG

Dr TOUHAMI Ilham

NOM:LOUTFI DRIOUECH ID : Genre :Homme Age :58 DOB :19-06-1965 Date of Test :09-01-2024 09:05
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr TOUHAMI Ilham

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	350 ms
Durée Echantillon :	41 s	Intervalle QTc :	383 ms
FC :	72 bpm	Axe P :	64.1°
Durée P :	104 ms	Axe QRS :	60.4°
Durée QRS :	79 ms	Axe T :	22.6°
Durée T :	241 ms	RV5/SV1:	2.05/0.30mV
PQ Interval :	149 ms	RV5+SV1:	2.35mV

Suggestion :
Dr Ilham TOUHAMI
Cardiologue
4, Rue des Hôpitaux - 4ème étage
N°21 - Casablanca
0529 27 10 27 - 0529 20 49 29

Signature Médecin: