

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.

Cardiologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

35 3159

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008721

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AGOUIMI EL mostafa

Date de naissance : 21/03/1951

Adresse :

Habite à

Tél. :

06.96.96.22.76

Total des frais engagés :

250,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr SOUALY M.
Cardiologue
Rue d'Azemmour & Bd. Sidi Abdellah
Bâtiment H N°10 - 1er Etage H. Hassan
Casablanca - Tél. 0522 91 31 28

Date de consultation : 19 MARS 2020

Nom et prénom du malade : M - L - E - K - M - A - T - I - N - E - H - A -

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA avec crise

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 : Casablanca

Le : 28/03/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 MARS 2020 | C + E | 2 | 250.000 |  Dr. SOUALY Cardiologue Tammoor 4 Blok 1010 1st floor H. Hassan 0512 913138 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

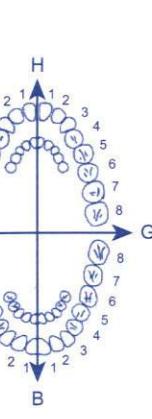
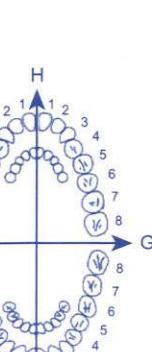
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 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

| 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 | | | |
|  | $ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 17/03/2020

COMPTE RENDU DE CONSULTATION

Chère consœur

Je vous remercie d'avoir adressé Madame LEKMAITI NEZHA pour consultation de cardiologie.

Patiente âgée de 51 ans, sans ATCD cardio-vasculaire, asymptomatique, présentant une hypercalcémie.

TA= 110/70, auscultation cardio-pulmonaire : normale, pouls perçus, le reste de l'examen cardiovasculaire est normal.

ECG : RRS 58/min, AQRS 60° QT=0,49 normale pour cette fréquence cardiaque pas de rythme trouble de ni de repolarisation normal

Echoscopie doppler cardiaque : normale.

Examen cardio-vasculaire normal, au besoin holter rythmique

Avec mes salutations distinguées.

Confraternellement.

Docteur SOUALY M
Cardiologue
Rue d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane
B.P. 10 - 1er Etage H. Hassani
Casablanca - Tel : 0522 91 31 38

Nom: LEKMAITI NEZHA

Date de naissance: 10/04/1969

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 3425..

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 18/03/2020 11:08:32

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

/ : Arrêt \ : Arrêt \ : Marche HR: 58 bpm

