

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Biologie 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 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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5092** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **TOUATE ABDELLAH MANE**

Date de naissance : **20/07/1957**

Adresse : **Lotissement ATTADAMOUNE Rue 1 Imm 80**

N° 4 EL OULFA Casablanca

Tél. : **0615527405** Total des frais engagés : **300,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med Abdouh - Casa
Tél : 05 22 20 45 55/59 - 05 22 47 21 99

Date de consultation : **23/11/2021**

Nom et prénom du malade : **TOUATE ABDELLAH MANE** Age : **64**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **DR EL MAKHLOUF Ali**
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med Abdouh - Casa
Tél : 05 22 20 45 55/59 - 05 22 47 21 99

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **DR EL MAKHLOUF Ali**
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med Abdouh - Casa
Tél : 05 22 20 45 55/59 - 05 22 47 21 99

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 : **23/11/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **Q**

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
23.11.2021 (3)			300	Dr. EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med Abdouh - Casablanca 05-22-29-81-526

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		6.89

ANALYSES - RADIographies

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G	DATE DU DEVIS
	B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom: TOUATE ABDERRAHMANE
Numéro: TOUATE ABDERRAHMANE
M ou Mme: Masculin
Né le: 20/07/1957 64 années

P / PQ: 103 ms / 192 ms
QRS: 91 ms
QT/QTc/QTd: 371 ms / 390 ms / -
Axe P/QRS/T: 49° / 26° / 39°
Rythme cardiaq: 71 bpm

Enregistré:
Enregistré par:
Médecin de référence
Médecin prescripteur:
Médecin traitant:
Endroit:
Commentaire:

23/11/2021 08:00:33

INTERPRETATION NON CONFIRMEE

B 133185

P 704

