

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.

N° W21-772180

149519

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 08400	Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : FARIS ABDELLAH		
Date de naissance : 02/01/67		
Adresse : habituelle		
Tél. : 06 34 83 338	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Dr. Hajar Guennioui Cardiologue 15, Rue Al Fouara Res. Bemaben 6ème Etage N° 7 Maârif - Casablanca		
Date de consultation :	10/10/2013	
Nom et prénom du malade :	FARIS ABDELLAH	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Cui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Hypertension	
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
 Signature de l'adhérent(e) : FARIS ABDELLAH

Le : 16/10/2013

VOLET ADHERENT

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
25.10.22			500,-	07.11.2022 4eme Etage Cardiologie Dr. Sabla
23.11.22	gyné			07.11.2022 4eme Etage Cardiologie Dr. Sabla

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.																										
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																						
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																										
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																										
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																										
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																										
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="padding-right: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> <td style="padding-right: 10px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552			00000000	00000000	D	00000000	00000000			35533411	11433553	B			G				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																							
			00000000	00000000																						
	D	00000000	00000000																							
			35533411	11433553																						
	B																									
	G																									
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																										

faris
abdelali
.....
03.08.1968 Masculin
54 ans
..... cm / 85 kg

FC	91/min	Axes :	
		P	31 °
Intervalle	s	QRS	-9 °
RR	662 ms	T	1 °
P	122 ms		
PR	170 ms	P (II)	0.12 mV
QRS	84 ms	S (V1)	-0.79 mV
QT	344 ms	R (V5)	0.98 mV
QTc	425 ms	Sokol.	2.34 mV

