

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.

Matricule : 5044 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN NOUNAINE

Date de naissance : 12-06-1963

Adresse : KERDOUN 9 @ GMAIL.com

Tél. : 06.61.193876 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cachet du médecin :

Dr. HASSANI Sara
CARDIOLOGUE
1, Lot. El Hansali, Appt. 11
3ème Etage, Av. Mly El Hassan I-Témara
GSM: 0662 13 19 61-Fixe: 0537 61 37 61
INPE : 101256956

Date de consultation : 10/02/2023

Nom et prénom du malade : Aberchane Fadila Age: 52

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : P. ilgitishen

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : RABAT Le : 01/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : KJ

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
10/02/2023	CS + ECC		300,00.D.	<p>Dr. HASSAN CARDIOLOGUE 11, Lot. El Hassani, Appt. 11 3ème Etage, Av. My El Hassan I-Témara GSM: 0662 13 19 61-Fixe: 0537 61 37 6 INPE : 101256956</p>

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 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 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow pointing upwards from tooth 1 on the upper arch, a horizontal arrow pointing left from tooth 8 on the lower arch, and a vertical arrow pointing downwards from tooth 1 on the lower arch.

[Création, remont, adjonction]

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

TA: 100/60 mmHg

Sao: 99%

Fr: 82 bpm

Nom: ABERCHANE LEILA Clin: _____

SN: 0001870 Sexe: Femme Age: 52Y

ECG

Serv: _____

Cas: _____

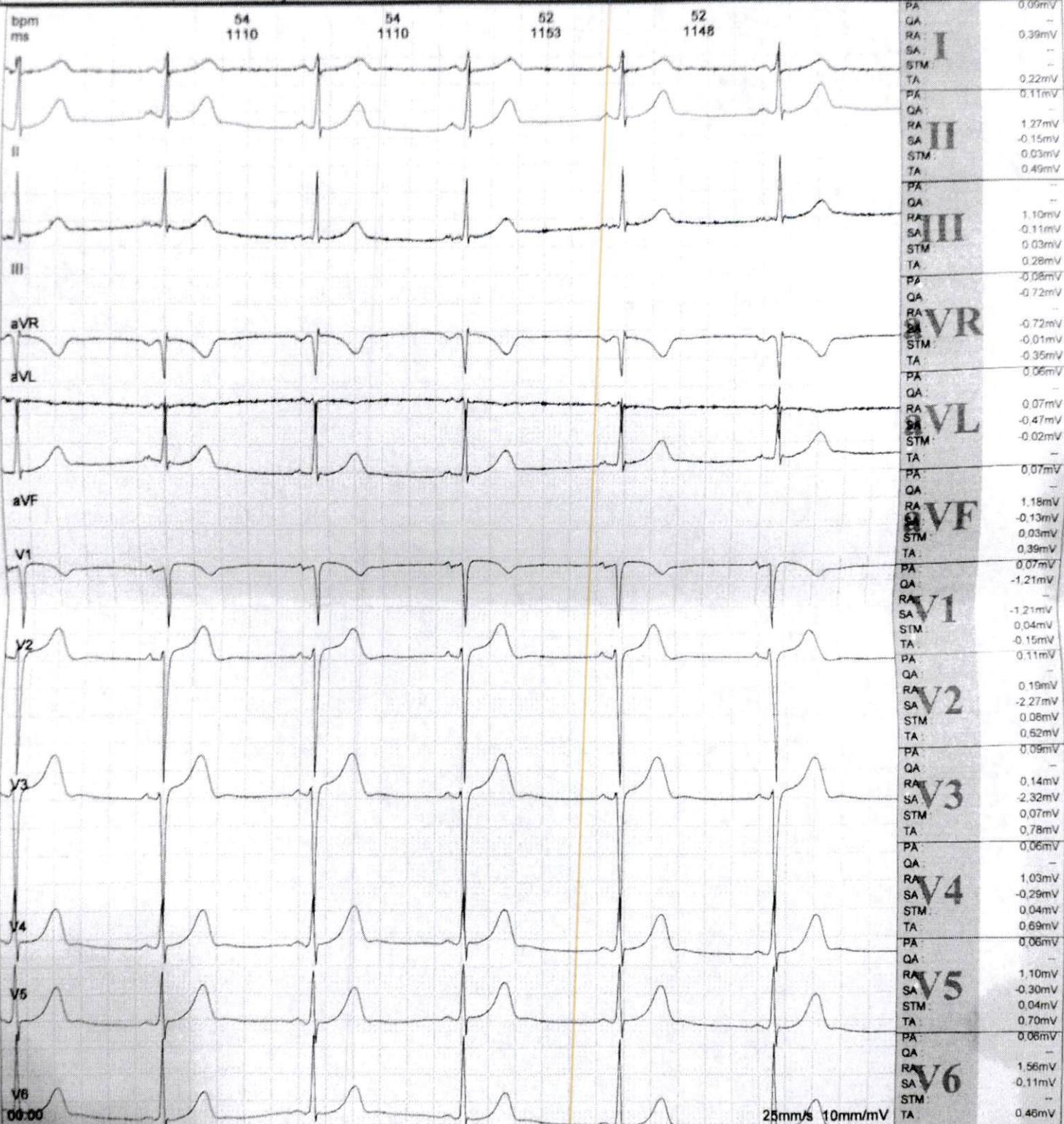
Lit: _____

Date: 10/02/2023 15:13:28

R: 500

T: 1m62

IMC: 13



Prompt:

Puls. totals 23, Rythme normal 23
Cardiac electric axis normal;

Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	119 ms
Temps d'échantillon	28 s	Intervalle QT	452 ms
HR:	52 bpm	Intervalle QTc	422 ms
Intervalle P	94 ms	Axe P	33,3°
Intervalle QRS	87 ms	Axe QRS	71,5°
Intervalle T	245 ms	Axe T	62,2°

DR. HASSANI Sara
CARDIOLOGUE
11, Lot. Elhassani, Appt. 11
3ème Etage, Av. Mly Elhassani, Témara
GSM: 0662 13 18 61-Fixe: 0537 61 37 61
INPE: 101256956

Signature du médecin :