

# 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° W21-673973

198806

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 262

Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENARABE Abdelkader

Date de naissance :

1-8-1988 à Casablanca

Adresse :

48, Hay Attala, Beaufour Cité,

Tél. : 0700957847

Total des frais engagés : 200,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11 MAR 2024

Nom et prénom du malade :

BENARABE Abdelkader

Age : 36 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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 : 13.04.2024

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
18/03/2014	C.S + ECG	200,00		INP : 091249983 Dr ALAM Anesthésie Réanimation 06 01 29 13 73

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET MONTAIS**

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	INP : <input type="text"/>										
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<p>H</p> <table border="0"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

2016-01-15 23:15

ID: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Height: \_\_\_\_\_ cm Weight: \_\_\_\_\_ kg SYS/DIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

HR [bpm]: 89

PR Interval [ms]: 129

P Duration [ms]: 120

QRS Duration [ms]: 84

T Duration [ms]: 133

QT/QTc [ms]: 311/377

P/QRS/T Axis [deg]: 117.4/-152.5/-172.8

R(V5)/S(V1) [mV]: 0.71/0.31

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.02

<<Conclusions>>

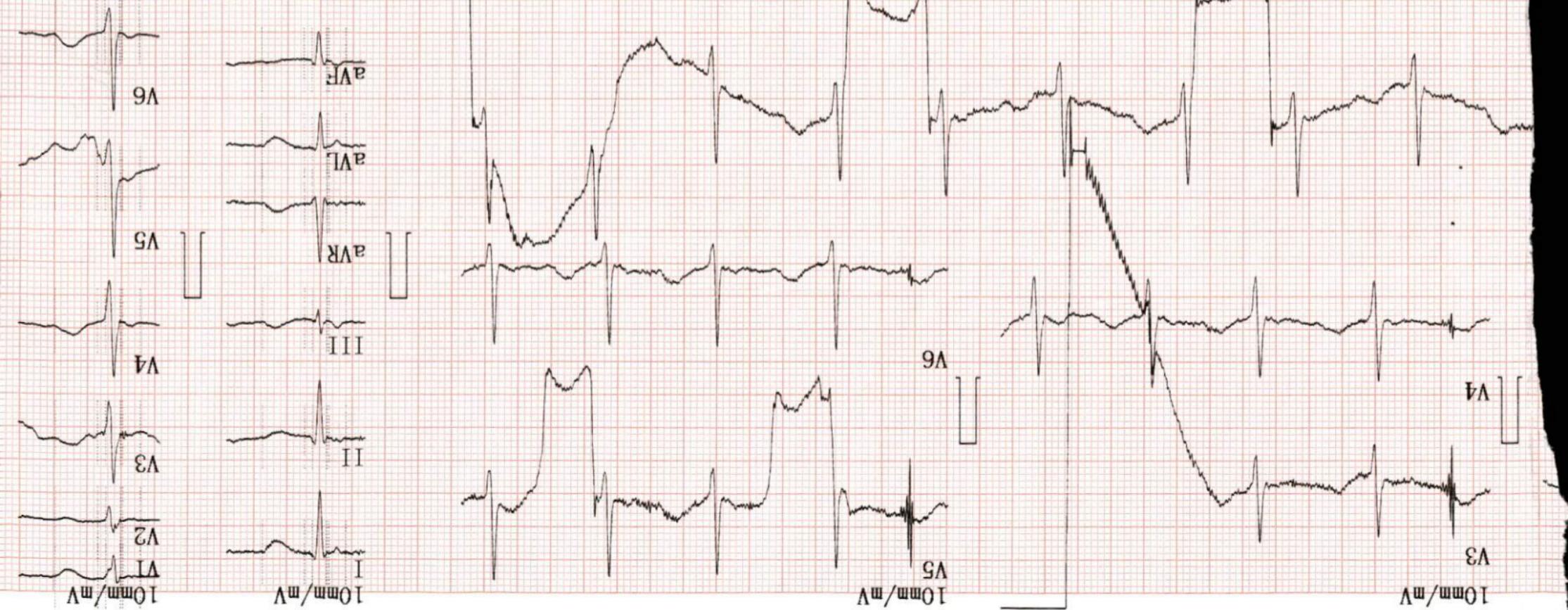
Severity Right axis deviation;

I II III aVR V4 V5 V6 Abnormal T wave;

\*\*Report need physician confirm\*\*

Physician \_\_\_\_\_

25mm/s



AUTO 10mm/mV



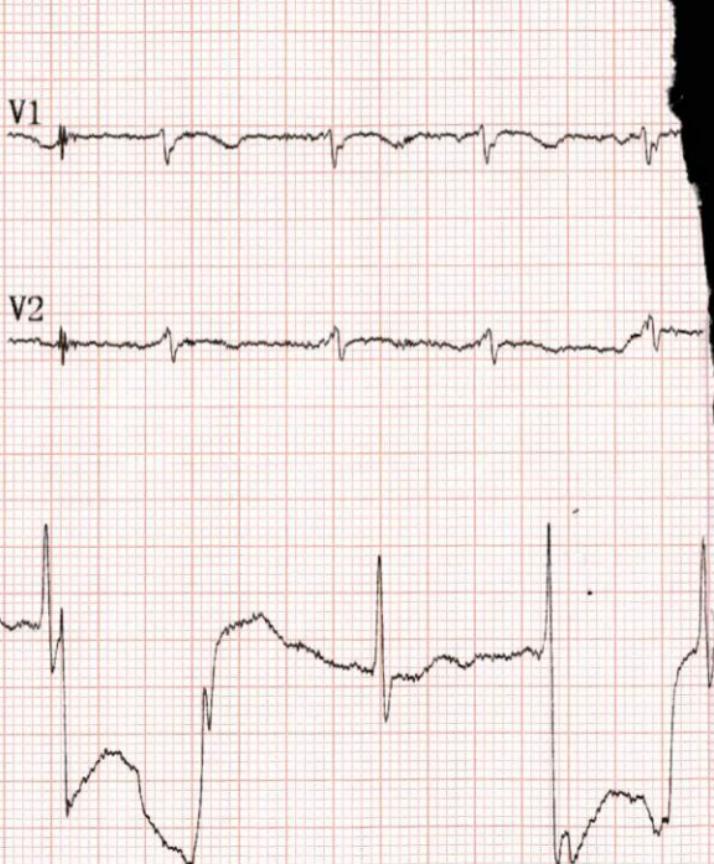
10mm/mV



10mm/mV



10mm/mV



25mm/s AC50Hz+DFT

2016-01-15 23:14

ID:

Name: \_\_\_\_\_

Sex:

Age:

Height: \_\_\_\_\_ cm

Weight: \_\_\_\_\_ kg

SYS/DIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

mmHg

HR [bpm]: 94

PR Interval [ms]: 122

P Duration [ms]: 107

QRS Duration [ms]: 91

T Duration [ms]: 259

QT/QTc [ms]: 400/499

P/QRS/T Axis [deg]: 124.7/-152.1/-174.8

R(V5)/S(V1) [mV]: 1.18/0.32

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.50

<<Conclusions>>

Severity Right axis deviation;

I II aVR V5 Abnormal T wave;

\*\*Report need physician confirm\*\*

Physician \_\_\_\_\_

