

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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



Déclaration de Maladie : N° S19-0001762

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10348 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YACIN HICHAM Date de naissance : 13/12/1921

Adresse : HABIB TUELLE

Tél. : 0656 856380 Total des frais engagés : 300,- Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 OCT. 2019

Nom et prénom du malade : YACIN HICHAM Age : 48

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiologie Diabète

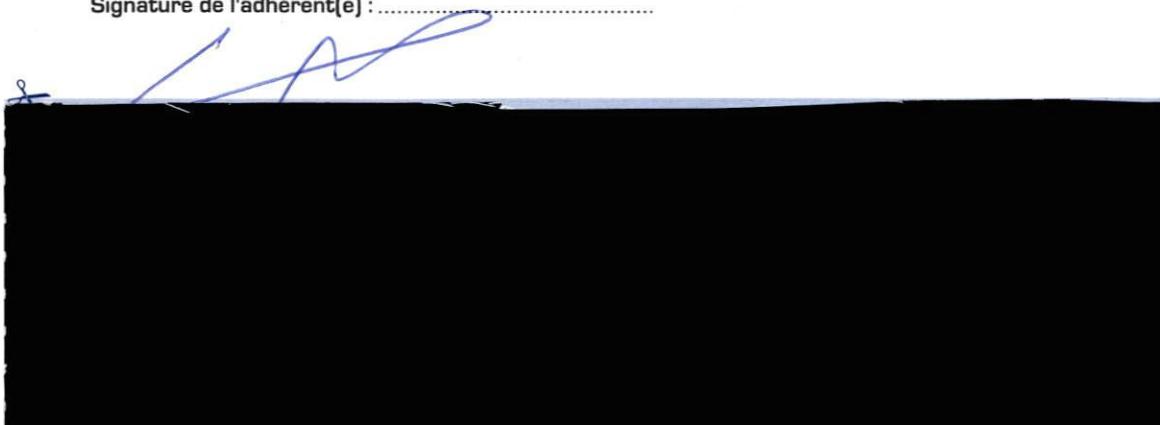
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : RAM Le : 22 OCT. 2019

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
16 OCT. 2008	Cl EKG (ECG)		300 DH	Dr. Hassan JAMIL CARDIOLOGIST 20, Rue Dr. A. Massalha Al Khadra - Casablanca Tel: 0522 29 71 01 - Fax: 0522 29 79 31 Cell: 0660218

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
	G				
D	8	7	6		DATE DU DEVIS
8	7	6	5		
7	6	5	4		
6	5	4	3		
5	4	3	2		
4	3	2	1		
3	2	1	0		
2	1	0			
1	0				
H	8	7	6		
O.C.F	Création, remont, adjonction	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
PROTHESES DENTAIRES				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

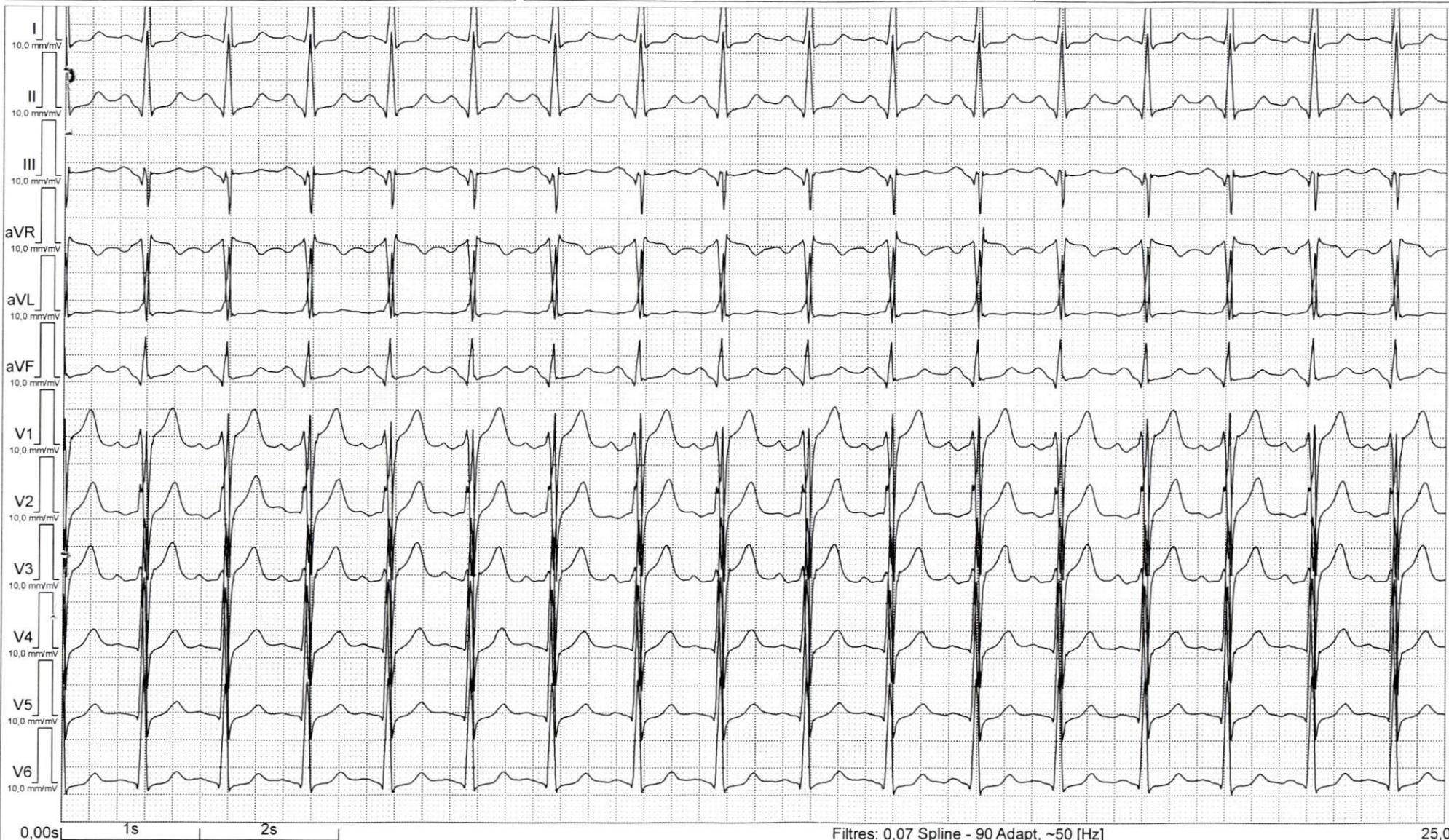


PA = TS. 101
PA

HR	100/min	P	102ms	Axe P	70°
RR	600ms	PQ	148ms	Axe QRS	18°
		QRS	118ms	Axe T	66°
TA		QT	374ms	QTc(B)	482ms

(* Non confirmé par le médecin)
*RYTHME SINUSAL
*POSSIBILITE D'HYPERTROPHIE DE AURICULAIRE GAUCHE
*DEFAUT DE CONDUCTION INTRAVENTRICULAIRE IMPRECIS
*HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE-QUES AMPL.CRIT.

*ECG A LA LIMITE DU NORMAL



Filtres: 0,07 Spline - 90 Adapt, ~50 [Hz]

25,00 mm/sec