

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-436283

**MUPRAS
RECEPTION**



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire (2702) Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
06.11

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **KAÏS Abdellahman**

Date de naissance :

01/01/49

Adresse : **N° H61 Lotissement WAFA DEROUA**

Tél. : **0661153218**

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AYOUBI Jlassan
Cardiologue
88 Rue Ibn Rochd Berrechid
Tél.: 022.32.65.84
Heure 30 à 15 H au

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **KAÏS Abdellahman** Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS **Colorectal polyp**

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 :

KAÏS Abdellahman

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **31/01/2020**

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
19-07-2018	Surveillance		250,-	INP : 061175584 sur Abiologue 32.65.84 Rochd - Berrechid 15 Heur

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/20	814,80

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 HONORAIRE																					
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.																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="checkbox"/>															
				MONTANTS DES SOINS		<input type="checkbox"/>															
				DEBUT D'EXECUTION		<input type="checkbox"/>															
				FIN D'EXECUTION		<input type="checkbox"/>															
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>
						H	G														
						25533412	21433552														
						00000000	00000000														
						D	G														
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
MONTANTS DES SOINS		<input type="checkbox"/>																			
DATE DU DEVIS		<input type="checkbox"/>																			
DATE DE L'EXECUTION		<input type="checkbox"/>																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 19E003
PER.: 04/2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 19E007
PER.: 04/2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 19E003
PER.: 04/2021

كتور حسن

والدورة الدموية

ص بالاصدرين والمؤمن

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

NPIE : 06 11 75 584

بللوعد : 05 22 32 65 84

Dr KATIS ABDELAHME

3x 35,70

- Kardegin 160
+ very x 3 ~~✓~~

(1) 11.95

- very x 3 ~~✓~~

2x

- very x 3 ~~✓~~

3x 34,50

- very x 3 ~~✓~~

814,80

- very x 3 ~~✓~~

JUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80 Rue Ibn Rochd
Berrechid

17 hour 30 min à 17:15
05 22 32 65 84

زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 80

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

المستعجلات : Urgence : 06 72 12 00 62



145,90

145,90

145,90

ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:KAIS ABDERRAHMAN

ID :2007/15

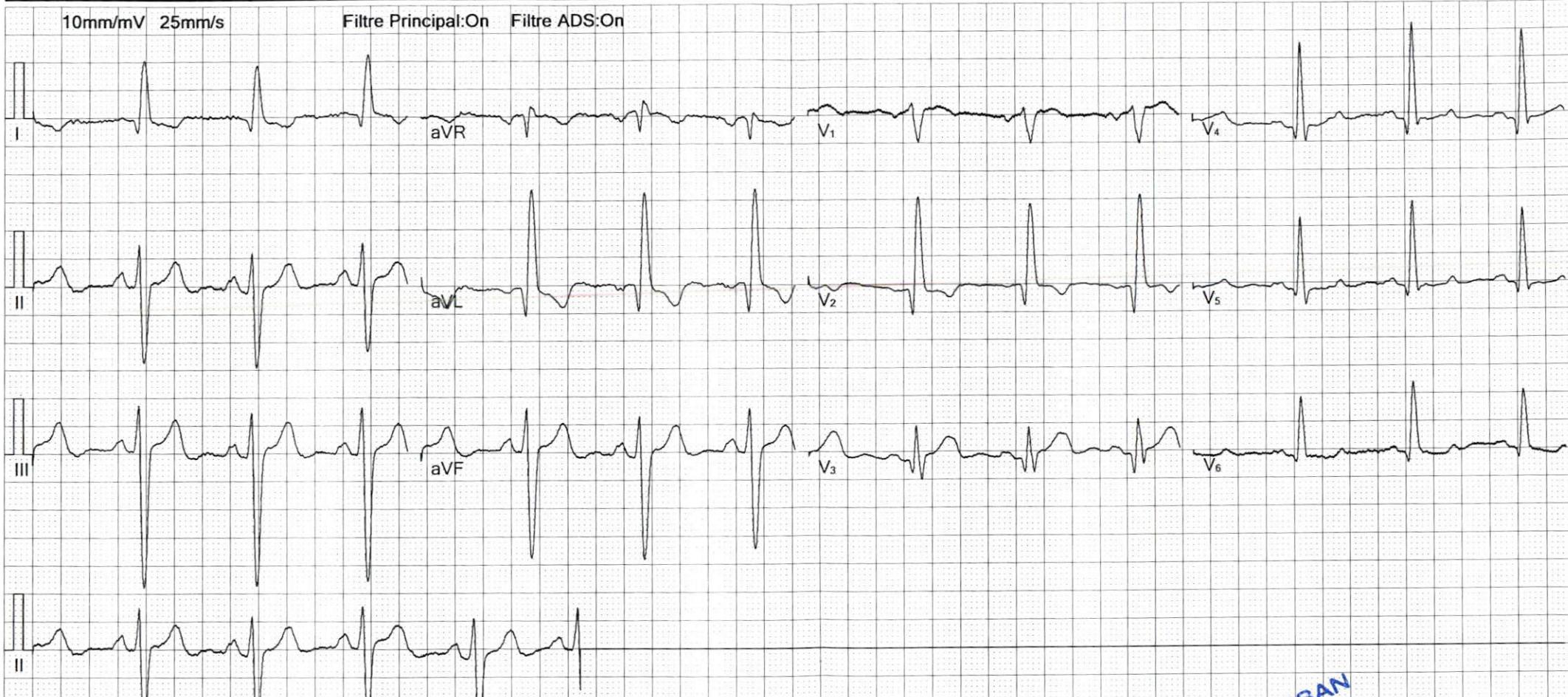
Genre :Homme

Age :66

DDN :01-01-1949

Date Test :29-01-2020 09:14

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	461 ms
Durée ECG :	4 s	Interval.QTc :	522 ms
FC :	77 bpm	Axe P :	92.9°
Durée P :	131 ms	Axe QRS :	-55.5°
Durée QRS :	138 ms	Axe T :	99.3°
Durée T :	293 ms	RV5/SV1:	1.32/0.54mV
Interval.PQ :	167 ms	RV5+SV1:	1.86mV

Suggestion :

DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80Rue IBN ROCHD
Berrechid
HT : 1 heure 30 min à 14 h
Tél : 05 22 32 65 01

Signature Médecin: