

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage - 157, Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 22 15 45 (LLG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-445911

ND: 31450

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 343

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ARIF MOHAMED

Date de naissance : 01/01/40

Adresse : 157, Rue MOHAMED HAYERRAH

Tél : 0663254631

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/2/2020

Nom et prénom du malade : ARIF MOHAMED

Age : 01/01/40

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A

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 : 18/2/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
18/2/2020	ES	9	309.00	INP: 33203391

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/02/20	618.10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Le 18 / 2 / 20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	<u>D^r TABIOUTI cardiolologue</u>
Certifie que Mlle, Mme, M	<u>ARIF. Rachmed.</u>
Présente	<u>Cardiopathie ischémique lente</u> <u>Hypertension artérielle</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<u>traitement continu 3 ans</u>
Dont ci-joint l'ordonnance:	<u>[Signature]</u>
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

0 VASCULAIRES

22DH40
01/2021
90039 8

22DH40
11/2021
98004 6

PU 22DH40
XF 01/2022
OT 90039 8

V 22DH40
P 11/202
T 90039

EXP 01/2022
LOT 90039 8

V 22DH40
D 11/2021
T 90039

UV 22DH40
IP 01/2022
NT 90039 8

PPV 22DH40
EXP 01/2022
LOT 90039 8

PPV 22DH40
EXP 11/2021
LOT 99004 6

LOT 98004 5
EXP 10/2021
PPV 22DH40

CARBOLINE CP BTE 30
PPC :75.00 DH

It Av : 05/22	Lot : D251H
------------------	----------------

IPHADERM

docteur TAGMOUTI Fouad

**SPECIALISTE DES MALADIES
DU COEUR ET DES VAISSEAUX**

de l'Etat de la Faculté de Médecine de Lyon
la société Française et Européenne de Cardiologie

Sur Rendez-vous

الدكتور التكموتي فؤاد
اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بليون
عضو الجمعية الفرنسية والأوروبية لأمراض القلب
بالموعد

Casablanca, le 18/2/2020.

Dr. Arif. Rehman

du traitement continu:

98.90 x 3 = Amount 10

— SPECTRAL 200

Drill: $\frac{1}{4}$ c/s'

- Red lip 20
Sep lepir

2240x11 - Kardigri 75. $\frac{1}{4}$ 1/2

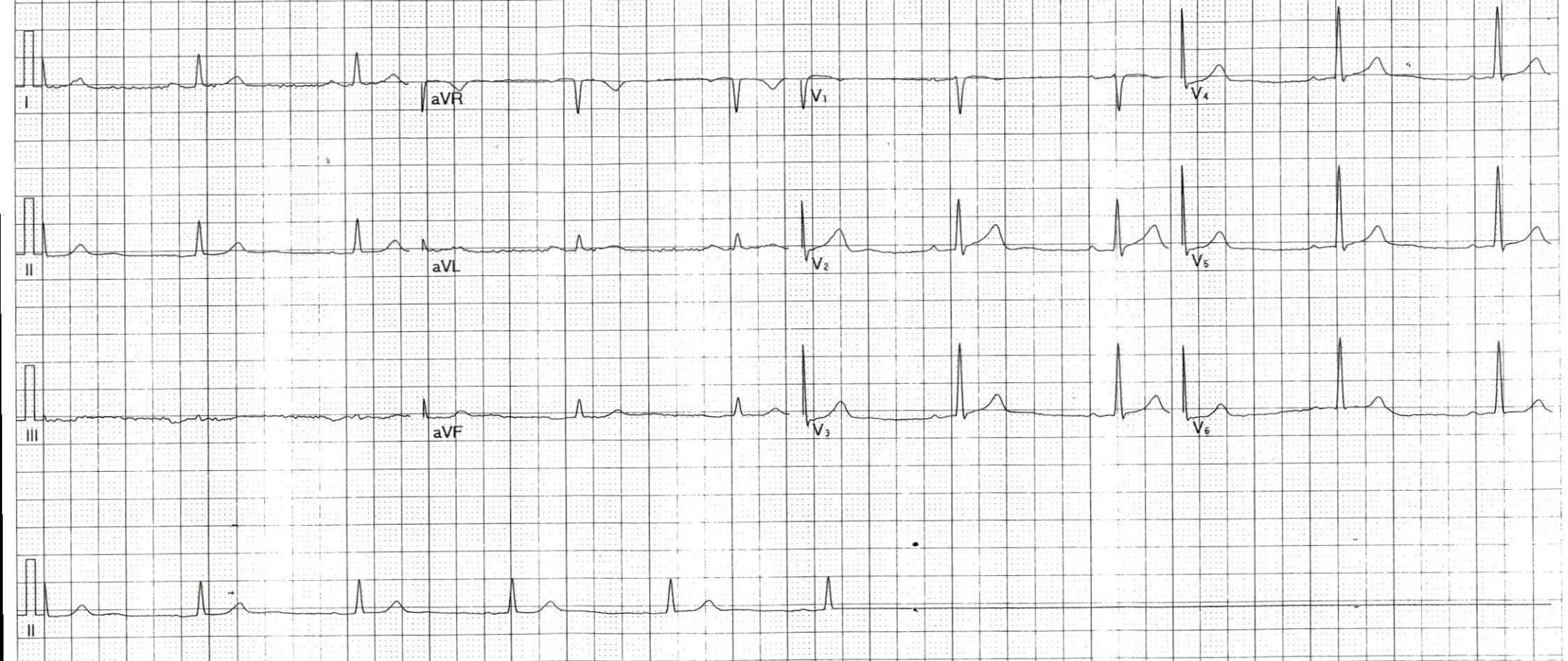
75,00 - carboline

618.10

21, Avenue Lahcen Ouidder Résidence Germaine 3 - Casablanca

Tél.: C. 0522.22.20/91 / 0522.26.75.14 - Fax.: 0522.27.75.90 - Email : tagfouad@hotmail.com

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	142 ms
Durée Echantillon :	6 s	Intervalle QT :	436 ms
FC :	52 bpm	Intervalle QTc :	406 ms
Durée P :	95 ms	Axe P :	-34.8°
Durée QRS :	119 ms	Axe QRS :	35.2°
Durée T :	287 ms	Axe T :	32.8°

Suggestion :

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

Docteur Fouad T. JTI
 Cardiologue
 21, Av. Lehoucq, Guéret, France
 Tél. : 0522 22 20 31 / 0522 20 75 14
 Fax : 0522 27 75 90
 Email : tagfouad@hotmail.com

Signature Médecin: