

## 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° W19-430448

ND: 31917

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 0678

Société : Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAMRI Zouhaira

Date de naissance : 22/08/1945

Adresse : 27 JSL

Tél. : 0661223402

Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Aïcha AOUAD

Cachet du médecin :

Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté de Médecine de Rabat  
Tél. : 05 37 67 14 15 - GSM : 06 61 27 91

Date de consultation : 12/03/2020

Nom et prénom du malade : MAMRI Zouhaira

Age : 1945

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA - Hypertension -

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 : 12/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

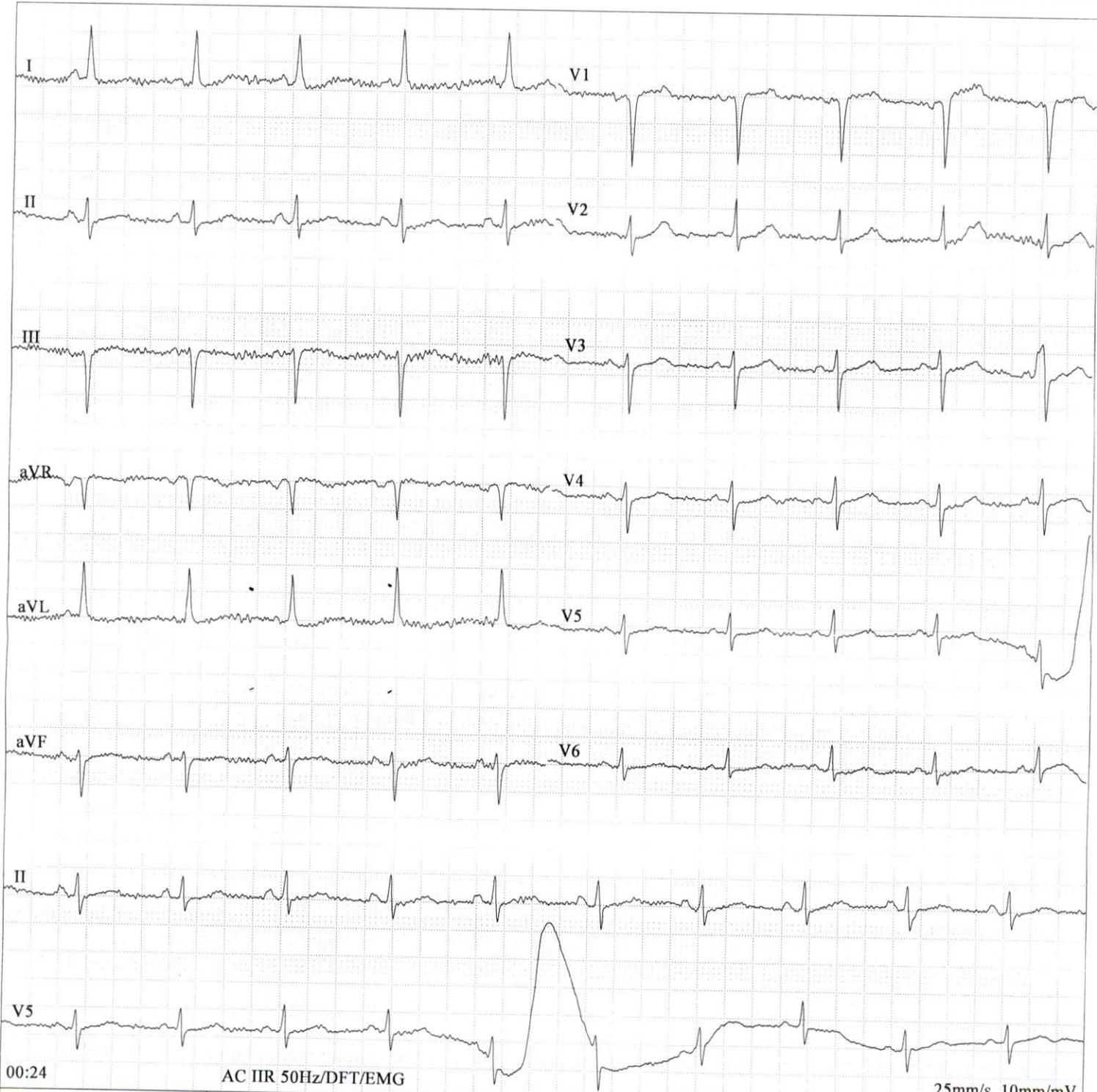


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>	
	<b>O.D.F</b> <b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="text-align: center;"> <math display="block">  \begin{array}{r rr}  &amp; 26633412 &amp; 21430582 \\  &amp; 00000000 &amp; 00000000 \\  \hline  &amp; 00000000 &amp; 00000000 \\  &amp; 26633411 &amp; 11433553 \\  \hline  &amp; B &amp; G  \end{array}  </math> </div> <div style="text-align: center;"> <b>(Création, remont, adjonction)</b>          Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la prothèse.       </div>		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION					

Dr Aicha AOUAD

**ECG**

Nom : MAMRI ZOUBIDA : Female Age : 66Y Clinique N : Section :  
 SN : 0002258 Case No. : Lit No. : Date : 12/03/2020 9:58:37



00:24

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Prompt:

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	232 ms
Temps d'écha	38s	QT Interval:	402 ms
FC:	82bpm	QTc Interval:	469 ms
P Interval:	201ms	P Axis:	99.60°Cb
QRS Interval:	83 ms	QRS Axis:	-19.50°Cb
T Interval:	233 ms	T Axis:	84.40°Cb

Signature Medecin :