

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

- 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-577455

45 868

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2288 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LEMAZZI NOUREDDINE
 Date de naissance : 10/08/1953
 Adresse : 336, Bd EL FIDA CASABLANCA
 Tél. : 0665600068 Total des frais engagés : 1250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint 2020 ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 ACCUEIL

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 : Le :
 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
29/10/2020	C/S	250,00		INP : <input type="text"/>

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
29/10/2020	ECG	50,00	
29/10/2020	Prous Unique	50,00	
29/10/2020	E.T.T	200,00	

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

RELEVÉ 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 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25523412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35523411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25523412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35523411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25523412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35523411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Polyclinique
Internationale**
Riad Annakhil



INPE : 100062884

FACTURE N° 202009786

RABAT Le : 29-09-2020

page 1 / 1

Identification

N° Dossier : 20I29100115

N°IPP : 033741/20

Nom & Prénom : M. LEMAIZI NOUREDDINE

C.I.N. : B25755

Date Naissance : 10-08-1953

Adresse : BD EL FIDA NO 336 CASABLANCA

Médecin traitant

DR. LAZRAQ MOUNIA

Organisme : Payant

ICE :

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 29-09-2020

Date Sortie : 29-09-2020

Traitement

Consultation

Prestations

Observation

Qté

Prix U.

L.C.

Coef

Total

PRESTATIONS

ECHO COEUR

1

900,00

900,00

Sous Total

900,00

TOTAL PARTIE CLINIQUE

900,00

TOTAL GENERAL

900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **NEUF CENTS DIRHAMS**

**POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL**
Secteur 11, Bloc W, N°4, Av. Annakhil
Hay Riad - Rabat
Tél: +212 537 542 000
E-mail: contact@pira.ma

13

NOM DU PATIENT : M. LEMAIZI NOUREDDINE
DATE DE NAISSANCE : 10/08/1953

Reçu N°: 73065

Paiement du 29/09/2020 08h16

Type	consultation
Montant	350,00 Dh
Type de paiement	Espèce

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAK
Secteur 11, bloc IV N° 1, Av. Annakhil
Hay Riad - Rabat
Tel : +212 537 542 000
E-mail : contact@pira.ma



Rabat, le : 29/09/2012

Avis Cardiologique de
Mr Lemaizi Nouredine,

Patient âgé de 67 ans,
Avec de cholestérolémie
et de nodules hépatiques
= foyers de calcification, pour
pour cardiologie, afin
par la VPA pour ESR
à l'ECA.

Ethylisme chronique. Tabac surit ya 14 ans

ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma

Utilisé:
Méd. requérant:
Méd. référant:
Méd. soignant:

QRS : 82 ms
QT / QTcBaz : 358 / 461 ms
PQ : 136 ms
P : 84 ms
RR/PP : 600 / 600 ms
P/QRS/T : 79 / 18 / 68 degrés

Rythme sinusal normal
ECG normal

