

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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 Allal Ben Abdellah - 5ème 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

W21-838632

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MAAROUFI JAMALSSINE

Date de naissance : 07.08.1944

Adresse : SECTEUR 8 RESIDENCE JOUHAUAN IMB'APR 3

AVENUE ADDOLB. 4447 RYAD. RABAT.

Tél. : 0664141444

Total des frais engagés : 400,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAHYANI Hind  
Réanimation Anesthésie  
8, rue de Tunis-Hassan - Rabat  
Tél : 06 32 41 01 01 - INPE : 101261204

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAAROUFI JAMALSSINE

Age : 79 Ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Maladie endocrinienne

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 15.02.2024

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-838632

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01690

Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMALSSINE

Total des frais engagés : 400,00

Date de dépôt : 13.03.2024



[illegible][illegible][illegible][illegible]

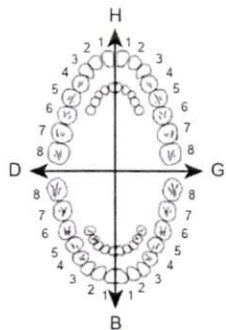
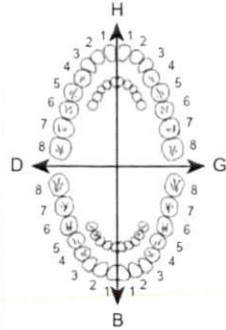
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	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																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			<input type="text"/>
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	D			B																									
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				Montant des Honoraires																								
					<input type="text"/>																								
					<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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# POLYCLINIQUE DE RABAT

MULTIDISCIPLINAIRE

8 Rue de Tunis Hassan  
Tel : 05 37 20 61 61 Fax: 05 37 20 49 16

## F A C T U R E

N° 319 / 2024 du 16/02/2024

Nom patient	MAAROUFI JAMA EDDINE	Entrée	Sortie
		15/02/2024	15/02/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECG	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Frais Clinique				100.00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. LAHYANI HIND (rean. anesthes)	1.00	CS	300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total prestations externes				300.00

	Total général	400.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	400.00				400.00	0.00

Polyclinique de Rabat  
8, Rue de Tunis Hassan  
Rabat - Tél : 05 37 20 49 16  
Fax : 05 37 20 61 61  
N° 319 / 2024 du 16/02/2024



## NOTE D'HONORAIRES

Le : 15/02/2024

Références

319 / PAYANT

Entrée / Sortie : 15/02/2024 - 15/02/2024

Le Dr. LAHYANI HIND

présente à Mr MAAROUFI JAMA EDDINE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
300.00 Dhs TROIS CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. LAHYANI HIND  
8, rue de Tunis, Houssein, Rabat  
Tél : 06 32 41 01 01 - MPE : 101261204

Cachet et signature



# Polyclinique Internationale de Rabat

Polyclinique pluridisciplinaire

8, Rue de Tunis, Quartier Hassan - Rabat - Maroc  
(à côté du Mausolée Mohammed V)

Tél: +212 537 20 61 61

Fax: +212 537 20 49 16

Site Web : [www.polycr rabat.com](http://www.polycr rabat.com)



## مصحة الرباط الدولية

مصحة متعددة الاختصاصات

8, زنقة تونس، حي حسان - الرباط - المغرب

(قرب ضريح محمد الخامس)

الهاتف: +212 537 20 61 61

الفاكس: +212 537 20 49 16

الموقع الإلكتروني: [www.polycr rabat.com](http://www.polycr rabat.com)

ECG

Bloc atrio ventriculaire

**DR. LAHYANI HIND**

Médecin Anesthésiste

POLYCLINIQUE DE RABAT

8, Rue Tunis, Hassan - Rabat

Tél : 06 32 41 01 01 - INPE : 101261204



Nom du patient  
No patient  
Date

05.03.2050 22:32:56

05.03.2050 22:32:56

71 /min  
-- / -- mmH

QRS : 90 ms  
QT / QTcBaz : 308 / 334 ms  
PQ : 242 ms  
P : 116 ms  
RR/PP : 846 / 845 ms  
P/QRS/T : 59 / 75 / 84 degrés

maison  
journal edd

\*\*\* Qualité des données médiocre, interprétation éventuellement compromise

Rythme sinusal

avec bloc A-V du premier degré

Critères d'amplitudes des QRS incomplets pour le diagnostic d'HVG, peut-être normal

Anomalie non spécifique du segment S-T et de l'onde T

ECG anormal

Non validé