

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-481422

15-973

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 17 / 10 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

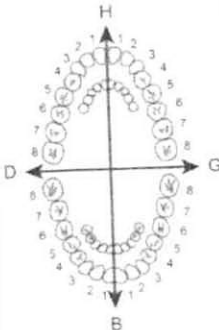
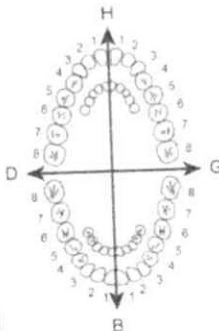
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

F A C T U R E

N° : 14498 / 2019 du 17/10/2019

Nom patient **IGHIOUER YASSINE**
PAYANTS

Entrée 17/10/2019

Sortie 17/10/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE SPECIALISTE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

HOPITAL PRIVE MARRAKECH
Lot: Ryads Al Atlas (EMBARCA III)
Route du Barrage - Marrakech
INPE : 070062385
Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 49 12
N° 4

CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

F A C T U R E

N° : 14511 / 2019 du 17/10/2019

Nom patient **IGHIOUER YASSINE**

Entrée 17/10/2019

PAYANTS

Sortie 17/10/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	1,00		880,00	880,00
			Sous-Total	880,00
Total Clinique				880,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total 880,00

HOPITAL PRIVE MARRAKECH
Lot Ryads Al Andalus (EMBARKAIII)
Route du barrage - Marrakech
INPE : 070062385
Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 49 12
N° 4

Ighouer Yamne 17/10/19

Echobum

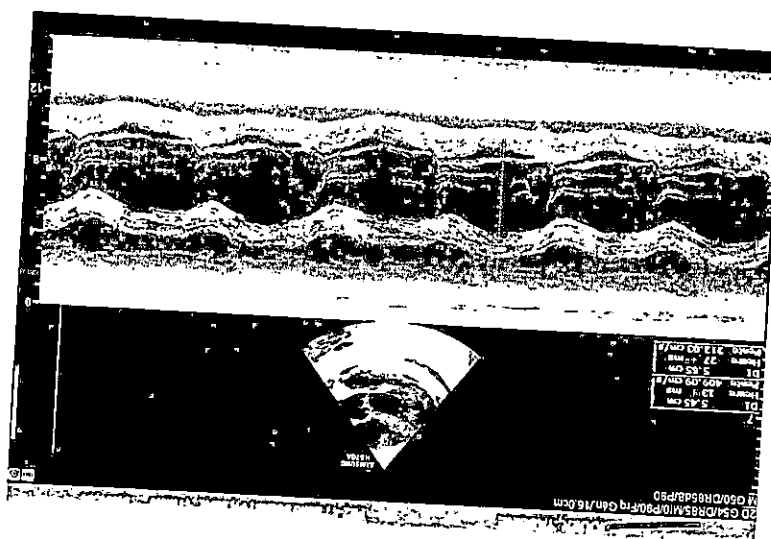
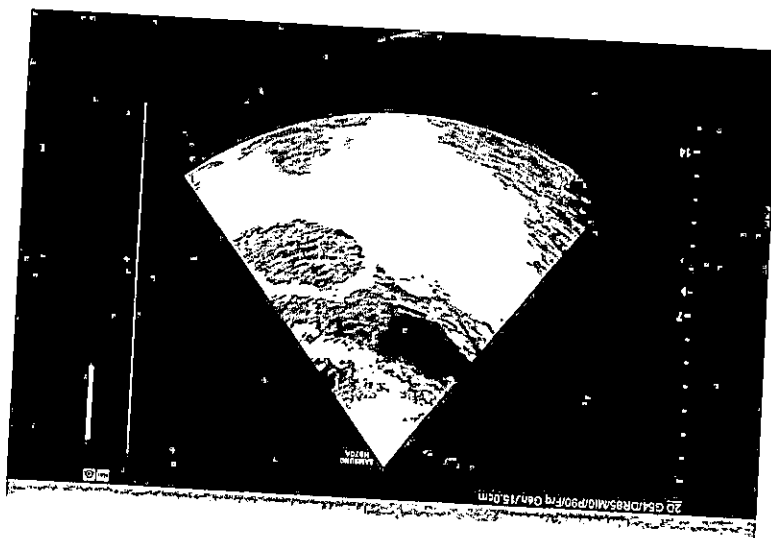
— Découverte d'épanchement péricardique
Grossièrement de 3-4 mm en ant.
et 5 — en post par l'ajout
de l'aspirat du VD nr OD

VEI = normales resp. Grosses

— Vg : contractilité globale et
segmentaire normale

— Ps de néphropathie

— Lésion Emoussée cul sac pleural



ID: [redacted]
Name: [redacted]
Sex: Male Birth Date: [redacted] Years
Symptoms: [redacted]
10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 35 Hz

Medication: [redacted]
cm kg mmHg
History: [redacted]
10 mm/mV
92 bpm

ID: [redacted]
Name: [redacted]
Sex: Male
cm
Vent rat
PR int
QRS dur
QT/QTc
P/QRS/T
RV5/SV1
RV5+SV1

1100 S
2210 S
40371 S
i
9150 *

10 mm/mV

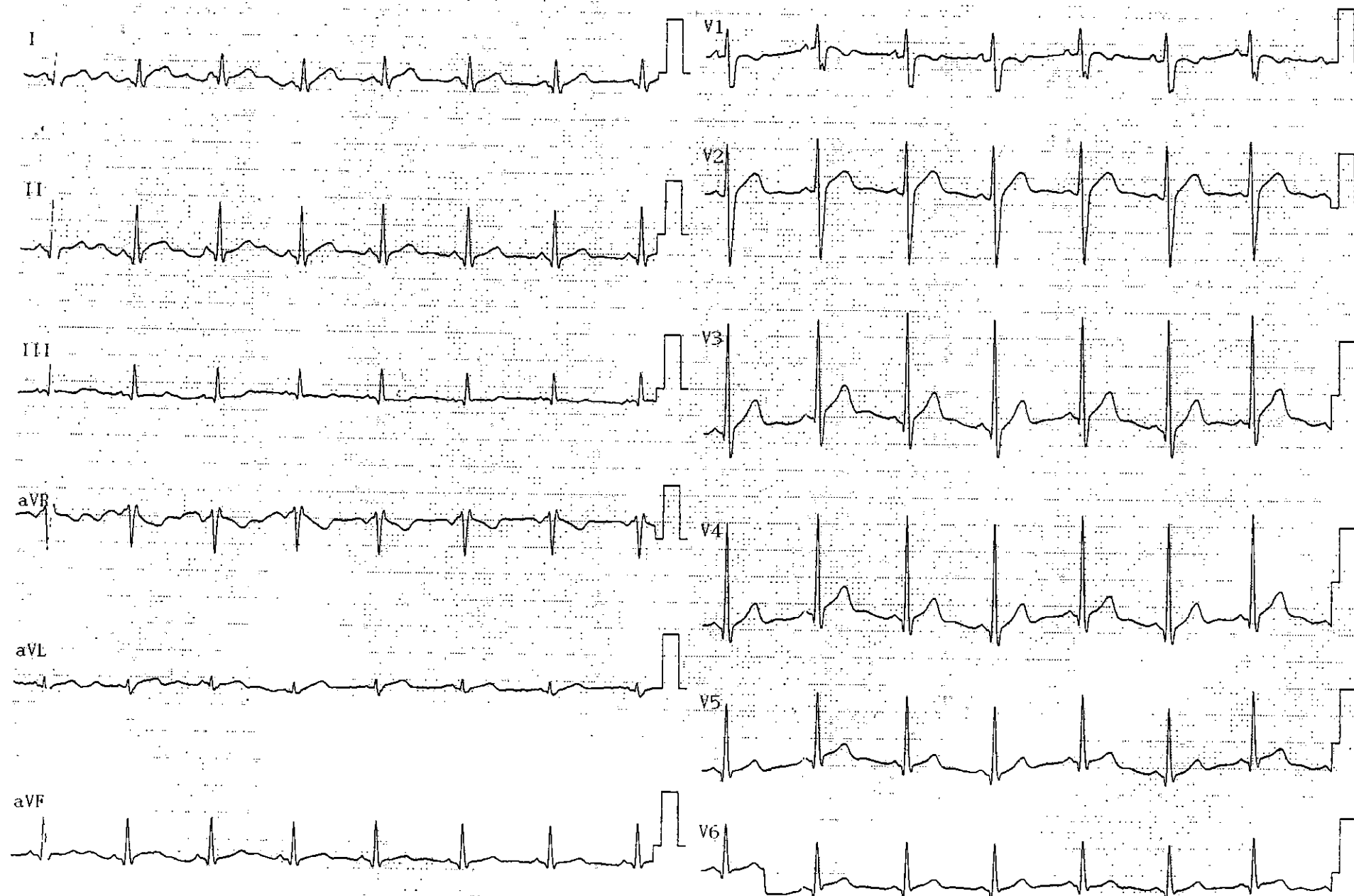
I

II

III

Unconfi
Reviewed

Exam:



1350K 05-05 03-05 Depl.:

Exam: