

## 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° W19-512287

ND<sup>o</sup> : 17357

II SW

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 848

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ATMAN

Bouider

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

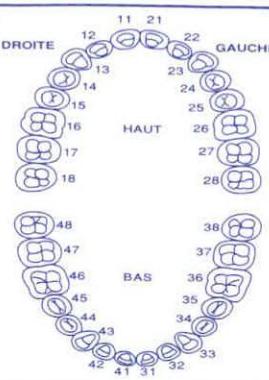
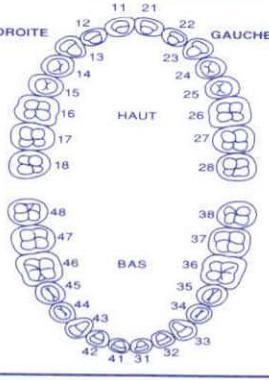


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
 <b>DROITE</b> 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 <b>HAUT</b> 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 <b>BAS</b> 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
 <b>DROITE</b> 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 <b>HAUT</b> 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 <b>BAS</b> 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>H</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			D	25533412 00000000	H	21433552 00000000	D	00000000	G	00000000		35533411		11433553	
D	25533412 00000000	H	21433552 00000000														
D	00000000	G	00000000														
	35533411		11433553														
Visa et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution															

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° <b>P 17 / 0062049</b>		
MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



MUPRAS

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

**P 17 / 0062049**

**DATE DE DEPOT**

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <i>Brahim Nourhati LATIFA</i>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		<i>Apparth dentaire</i>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			<i>Non</i>
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>C2+4</i>	<i>01</i>	<i>250 Mdp</i>	
PHARMACIE	Date <i>09 Janvier 2023</i>		
Montant de la facture			<i>514,20</i>
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



فرصاً قبل  
على اربع

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

LOT 181770  
EXP 11/2020  
PPV 36.70 DH

PPV(DH) :

99,00 LOT N°:

UT.AV. :

LOT. : 181898  
UT AV : 12/2022  
PPV: 99,00 DH

UT.AV. :

COSTAL® 20 mg  
Atorvastatine (DCI)

30 Comprimés pelliculés



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 19E005  
PER.: 04 2021

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

LOT : 19E005  
PER.: 04 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

PPV(DH) :

PPV(DH) :

LOT N° : UT.AV. :

99,00

COSTAL® 20 mg  
Atorvastatine (DCI)

30 Comprimés pelliculés



6 118000 340737

LOT 181776  
EXP 11/2020  
PPV 36.70 DH

ANXIOL® 6 mg

30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

LOT 181776  
EXP 11/2020  
PPV 36.70 DH

## DR SLIMANI SALAH EDDINE

**ECG**

Nom : ouhaji latifa Sex : Age : Clinique N : Section :  
 SN : 0012373 Case No. : Lit No. : Date : 09/01/2020 11:34:59



00:00 AC IIR 50Hz/DFT/EMG 25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	196 ms	Prompt: Total Beats 9 ,Normal Beats 6,SVE 0 ,VE 3 .
Temps d'écha	9s	QT Interval:	434 ms	in gear Sinus mode Target rate;Middling Right <u>axis deviation</u> ;Completeness <u>Right</u>
HR:	68bpm	QTc Interval:	462 ms	Bundle branch block;IIIV1V2V3V4Abnormal T wave;
P Interval:	161ms	P Axis:	56.10°Cb	
QRS Interval:	129 ms	QRS Axis:	120.20°Cb	
T Interval:	206 ms	T Axis:	0.40°Cb	

Docteur SLIMANI Salah-Eddine  
 Cardiologue N° 8  
 Place de la Victoire  
 Av. du Mouvement Général  
 App. 26, 5<sup>e</sup> Etage Tel: 44.43.23.24

Signature Medecin :