

# 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

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



## Declaration de Maladie

N° W19-532507

65743

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : .....

Matricule : 1765 Société : RAM.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : SAADIA Nouredine

Date de naissance : 8-4-52

Adresse : AL SANTARA, AZAS 1/2, Av. Mehdi Bel Barka.

Tél. : 066 1376164 Total des frais engagés : 200

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8-4-21

Nom et prénom du malade : SAADIA Nouredine

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Syncope

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 7/2/21 Le : 7/2/21

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-532507

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule : 1765  
Nom de l'adhérent(e) : SAADIA  
Total des frais engagés : 200



# 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
07/02/21	ck		200000	Dr. B. B. B.

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

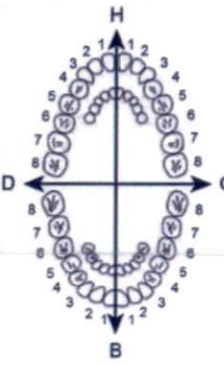
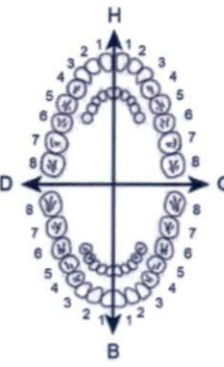
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b>  00000000  00000000  35533411  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



مصحة المطار  
CLINIQUE L'AÉROPORT

مصحة متعددة الاختصاصات  
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

• Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires  
• Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical  
• Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie  
• Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique

المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب و الشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة  
• مركز طبي و جراحي • مركز الأم و الطفل • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تقنيات الحصى  
• مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل

07/02/21

M. Sadok P. Nouredine

Patient admis pour des  
douleurs thoraciques

+ Syncopal

Dr. Hicham OUBD BAILAL  
Anesthésiste - Réanimateur  
Clinique L'Aéroport - Marrakech

394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH, MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com



مصحة المطار  
CLINIQUE L'AEROPORT

REÇU<sup>(1)</sup> - 58983

M / M<sup>me</sup>

SAADDI Li NOUREDDINE

a payé

La somme de

± 200,000 \$

Deux cents

en règlement des frais de son hospitalisation

du

07/02/2021

au

Signature et cachet

(1) Reçu du règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.



ID:

Feb- 7-2021 2:42 PM

Name:

Sex: Male

Birth Date:

Years

Medication:

cm

kg

mmHg

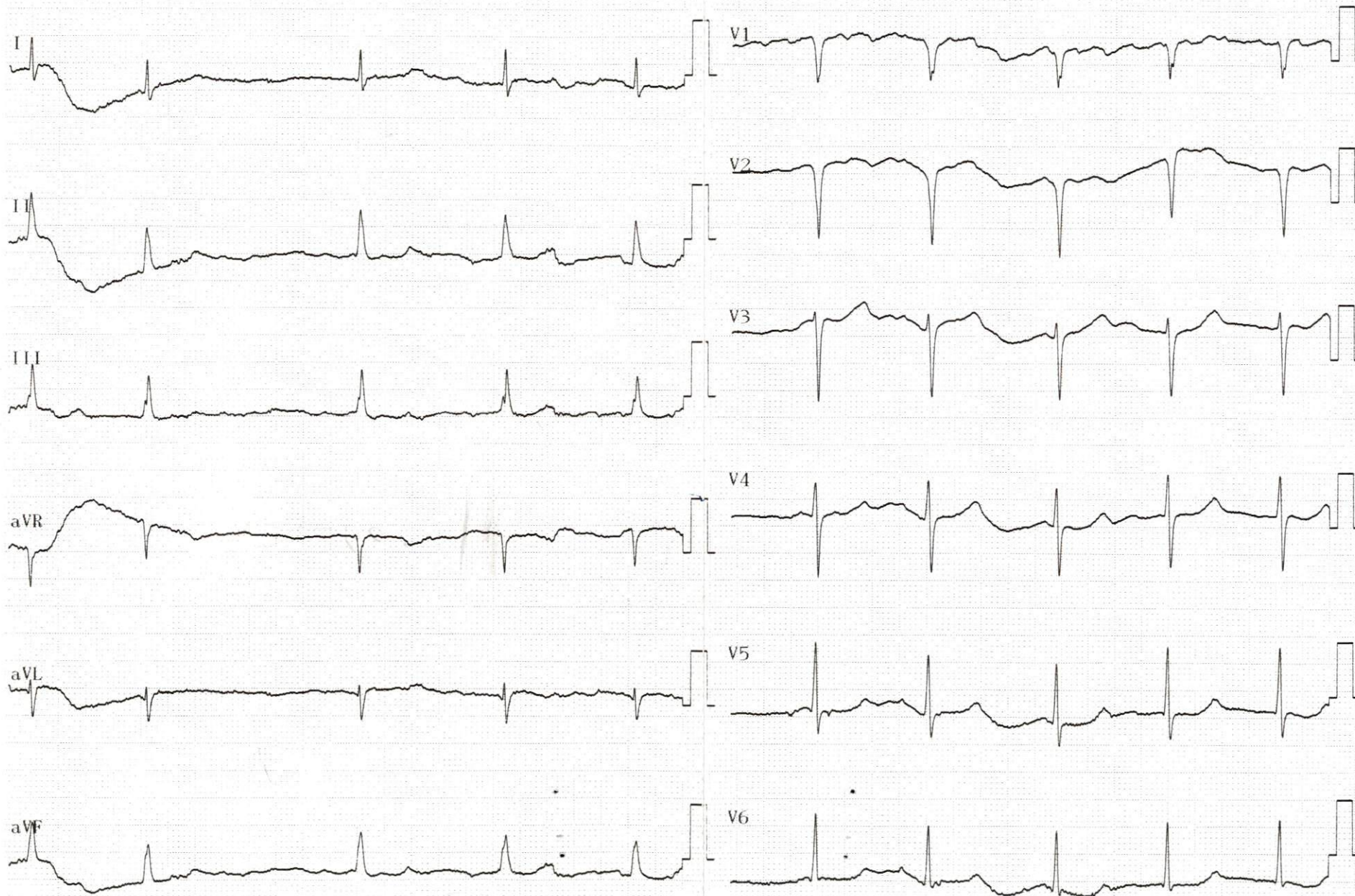
61 bpm

Symptoms:

History:

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 35 Hz

10 mm/mV



ID:

Name:

Sex: Male

Birth Date:

Years

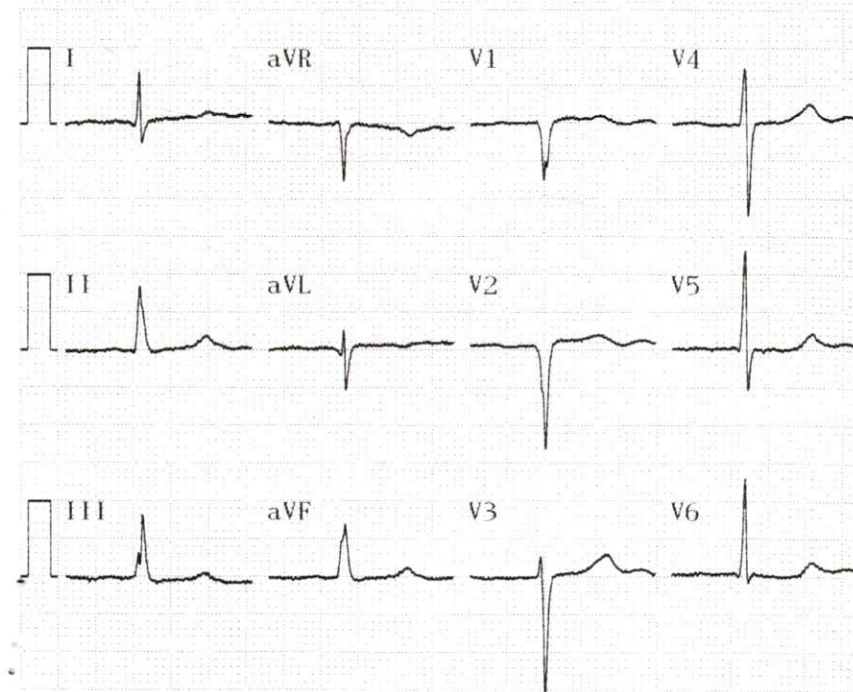
cm	kg	mmHg	
Vent rate		57	bpm
PR int		****	ms
QRS dur		86	ms
QT/QTc int		444/ 437	ms
P/QRS/T axis	****/	58/ 38	°
RV5/SV1 amp	1.325/	0.770	mV
RV5+SV1 amp		2.095	mV

1210 Atrial fibrillation

3434 Septal myocardial infarction, age undetermined

9150 \*\* abnormal ECG \*\*

10 mm/mV 25 mm/s Average



Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam: