

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.

MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-636770

80520

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7243

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHRAIBI SAAID

Date de naissance : 22/11/1949

Adresse : 183 Lt. Air Laatariss - Skhirat

Tél. : 0561 1024 84

Total des frais engagés : 300,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Yasser ASMAI
Anesthésie Réanimation
CLINIQUE D'ONCOLOGIE DU 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Baâtrej - Rabat
L.D. : +212 (5) 37 66 41 50
L.D. : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 29
Tel : +212 (5) 37 67 17 17 / INPE : 101250504

Date de consultation : 12/07/2021

Nom et prénom du malade : CHRAIBI SAAID Age : 72

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : CFA

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'adhérent ou au 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 : Skhirat

Le : 13/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
12/12/2011	Co 1 ECG -		3000 Dhs	<p>INP : Dr. Yasser ASMAI Anesthésie Réanimation CLINIQUE D'ONCOLOGIE DU 16 NOVEMBRE 22. Avenue Ahmed Balaïd - Rabat L.D : + 212 (5) 37 86 41 50 TEL : +212 (5) 37 87 17 17 Fax : +212 (5) 37 67 29 29 INPE : 101250504</p>

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	
	
	
	
	
	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

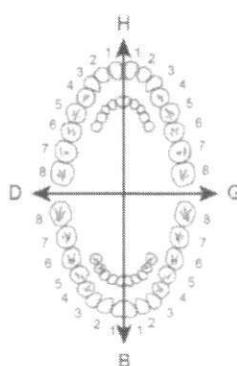
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41
FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

FACTURE

N° 10 009 / 2021 du 12/07/2021

Nom patient	CHRAIBI SAAD	Entrée 12/07/2021	Sortie 12/07/2021
Prise en charge	PAYANT		

CONSULTATION

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION JOUR	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

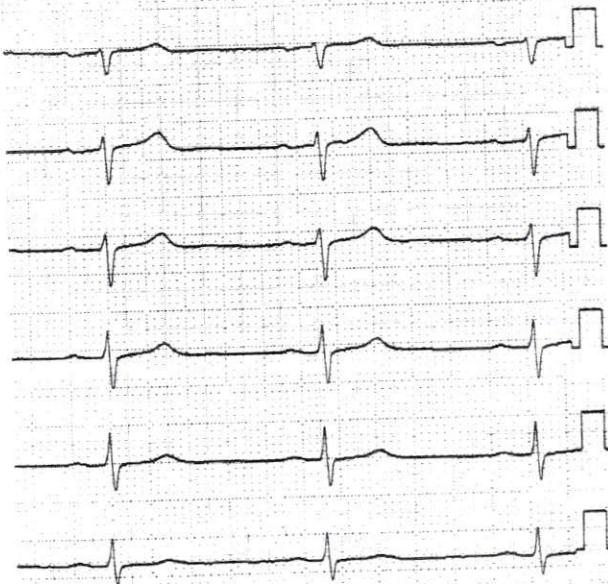
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total général 300,00
	300,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22. Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 00169105500094 - INPE : 100063668

12-Jui-2021 PM2:09

/ mmHg 53 bpm



12-Jui-2021 PM2:09

ID: *Curripi SAD*
Nom : *Curripi SAD*
Sexe: M Date de naissance: *22/12/1949* ans

cm kg
Médicament :

fréq. ventr.	53	bpm
Int. PR	202	ms
Durée QRS	88	ms
Int. QT/QTc(E)	418/ 400	ms
Axe P/QRS/T	52/ -20/ 44	°
Amp 1 RV5/SV1	0.86/ 0.57	mV
Amp 1 RV5+SV1	1.43	mV

1100 Rythme sinusal
9110 ** ECG normal **

Rapport non confirmé
Revu par :

Examen :

12-Jui-2021 PM2:08

ans
mmHg

bpm

ms

ms

ms

mV

mV

TA = 123/76

S = 59

P = 97

