

# 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.



**MUPRAS**

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

## Declaration de Maladie

N° W19-422521

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1761 Société : Retraité Ant

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : BOU NEDIANE 37 ans

Date de naissance : 28.03.53

Adresse : Lot 111 ALAYNOUO - LISASF

CASA BLANCA

Tél : 0671633080 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 : 07.06.19 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

# 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
27/06/19	Cc			INP : 09/11/647994 Dr. ASKOUR Mervem Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires Boulevard Raymond Lottessment Youso Apt. 3 1er Etage Oulfa - Coordonnée

## 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
	27/06/19	EPREUVE D'EFFORT	70 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**CLINIQUE FRANCE VILLE**

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. BOUMEDIANE MOHAMMED

Séjour : Du 27/06/2019 au 27/06/2019

**FACTURE**  
201904921  
Du : 27/06/2019

Etablie par : M. Fatiha

**Clinique**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
EPREUVE D'EFFORT	1	750,00	750,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>750,00</b>

**Encaissement Compte d'Autrui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			<b>0,00</b>

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arrêtée la presente facture à la somme de SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

	<b>Patient</b>
<b>Total TTC</b>	750,00

Clinique FRANCE VILLE  
393, Bd GHANDI  
Tél: 05 22 23 26 27  
393, Bd GHANDI - Casa



**MOHAMMED BOUMEDIANE**  
**27/06/2019 10:30**

**PAGE RESUMEE**  
 Mesure ST basée sur J+60ms

Protocole: BRUCE  
 Durée d'ex.: 10:34

**Patient Data**

Nom: MOHAMMED BOUMEDIANE  
 ID: ID(2):  
 DDN: 28/03/1953 Age: 66  
 Sexe: Masc Race:  
 Taille: cm Poids: kg

**Max Valeurs:**

Vit.: 6.8 km/h FC: 158 BPM % cible: 102%  
 Pente: 16.0% PAS: 230/94 mmHg 10:50 FC\*PA 35420  
 METs: 11.3 PAD: 163/98 mmHg 00:00  
 Elév. PrtStr\_ST: 1.9 mm en V3 à 11:50  
 Baisse ST: -2.0 mm en V5 à 09:40

**Diagnosis:**

Diagnosis 1:

Diagnosis 2:

Procedure 1:

Procedure 2:

Procedure 3:

**Conclusions**

Test d'effort mené à 102 % de la FMT

Sous decalage ST ascendant de -1.7mm sans douleur thoracique ni trouble du rythme ni de conduction

PA normale au repos et à l'effort

EPREUVE D'EFFORT NEGATIVE CLINIQUEMENT ET LITIGIEUSE ELECTRIQUEMENT

**RECAP p PALIER**

		RECUP. P. PALIER										NIV. ST (mm)								
		Vit. (km/h)	Pente (%)	FC (BPM)	PA (mmHg)	METs	FC*PA	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6	
DEBUT EXE	EXE 00:00			76	163/98	1.0	12225	0.1	0.4	0.3	-0.4	-0.1	0.4	0.2	1.0	0.9	0.5	0.3	0.2	
PALIER1	EXE 03:00	2.8	10.0	95	176/83	4.8	16016	0.0	0.1	0.0	-0.2	0.0	0.1	0.2	0.7	0.7	0.3	0.1	0.0	
PALIER2	EXE 06:00	4.0	12.0	104	189/82	7.1	20790	0.0	-0.1	-0.1	0.0	0.0	-0.1	0.1	0.4	0.4	-0.1	-0.2	-0.3	
PALIER3	EXE 09:00	5.5	14.0	144	221/85	10.3	31161	-0.1	-1.1	-1.0	0.5	0.4	-1.1	0.5	0.7	0.1	-0.6	-0.9	-0.9	
PIC EXE	EXE 10:34	6.8	16.0	158		11.2		-0.2	-1.7	-1.5	0.9	0.6	-1.6	0.7	0.8	-0.3	-1.2	-1.4	-1.3	
RECUP.	RECUP 00:56	2.7	0.0	123	230/94	9.1	35420	0.2	0.1	-0.2	-0.2	0.2	-0.1	0.3	1.5	1.8	0.8	0.1	-0.3	
RECUP.	RECUP 02:56	2.7	0.0	92	201/90	2.8	19497	0.2	0.4	0.1	-0.4	0.0	0.2	0.3	1.1	1.3	0.6	0.2	0.0	
RECUP.	RECUP 04:56	0.0	0.0	84	186/85	1.5	15810	0.0	-0.1	-0.1	0.0	0.0	-0.1	0.3	0.7	0.7	0.1	-0.1	-0.1	
FIN RECUP	RECUP 06:16	0.0	0.0	84		1.0		0.0	0.0	-0.1	-0.1	0.0	0.0	0.3	0.7	0.7	0.2	-0.1	-0.1	

Raisons de fin de test:

Reviewing Physician: Referring Physician: DR ASKOUR