

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.



Declaration de Maladie

N° W19-473354

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1483 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDEL MOUMNI DRISS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665 16 51 66 Total des frais engagés :

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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

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.

Veillez fournir une facture

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																	
				Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>G 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	00000000	G 00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
D 00000000	00000000	G 00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	

Visa et cachet du praticien

Attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0062176		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



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

P 17 / 0062176

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1483	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		ABDELMOUMNI DRISS	
Fonction	RETARTE	Phones 0665165166	
Mail		adrius1945@gmail.com	
MEDECIN	Prénom du patient		ABDELMOUMNI DRISS
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 25 SEP. 2019	
HTA		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
consultative caduc		300 DH	
PHARMACIE	Date		25/09/19
Montant de la facture	742,40 DH		
Pharmacie du Complexe sportif Dr. Kadir, Dr. Sami, Fatima 63, Rue Mahmoud Mohamed Casablanca Tél: 05 22 36 05 07			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Dr Alami Mohamed
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi.
Residence Jawhara
Casablanca 20200

ORDONNANCE

25/09/2019

ABDELMOUMNI DRISS

(185,60 x 4)

APROVASC 300/5

1/2cp a 8h

1/2cp a 20h

742,40

Pharmacie du Complexe Sportif
Dr. Kadiri hassani fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
Casablanca Tél: 05 22 36 05 07

Dr. ALAMI
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél. 05 22 39 01 12 06 61 15 78 00



Fiche de Consultation du 25/09/2019

ABDELMOUMNI DRISS

Terrain Atopique: NON

Regime

Poids **79 Kg**
Indice de Masse **24,9** (Norme: 20 à 25)
Risque CV **%**

Medicaments Prescrits
APROVASC 300/5

TA **145 / 75** mmHg

Frequence Card **72 c/mn**

Examens Demandés

Radiologie

Biologie

Avis

Notes

Prochain RV 25/12/2019 09:30:00

Pr ALAMI Mohamed (S1)

ECG

Nom : abdelmoumni dria

Sex : Male

Age : 74Y

Clinique N :

Section :

SN : 0009261

Case No. :

Lit No. :

Date : 25/09/2019 9:34:18



00:00

AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	158 ms
Temps d'écha	9s	QT Interval:	400 ms
HR:	72bpm	QTc Interval:	438 ms
P Interval:	100ms	P Axis:	73.10°b
QRS Interval:	129 ms	QRS Axis:	155.20°b
T Interval:	235 ms	T Axis:	27.70°b

Prompt:

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264 Bd Ghandi - Casablanca
Tél. 05 22 39 01 12/06 61 15 78 0

Signature Medecin :