

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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1483**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ABDELMAUMNI**

DRISS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0665165166**

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age:

Enfan

Lien de parenté :

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'at^{al} 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 :

Le : / /

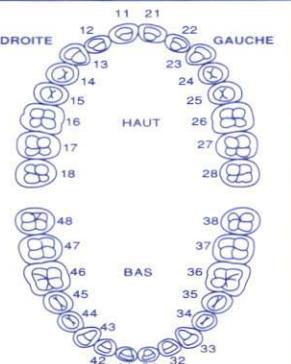
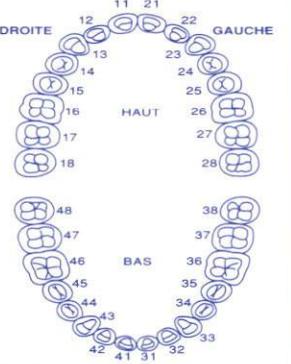
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
 DROITE 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 HAUT 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 BAS 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
 DROITE 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 HAUT 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 BAS 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42		H	D 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	
<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					
<p>Votre signature et cachet du praticien en attestant l'exécution</p>					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	P 17 / 0062176	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
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		



P 17 / 0062176

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 1483	
Nom & Prénom		ABDELMOUMNI DRISS	
Fonction	RETRAITÉ	Phones 0665165166	<i>Signature de l'adherent</i> <i>ABD</i>
Mail		abd.moumni.1945.7@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		HTA	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Intervention cardiaque		300	300 HTA
PHARMACIE	Date	25/09/19	
Montant de la facture			
742,400 H			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

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

ORDONNANCE

25/09/2019

ABDELMOUNNI DRISS

(185,60 x 4)

APROVASC 300/5

1/2cp a 8h

1/2cp a 20h

746,40

Pharmacie du Complexe Sportif
Dr. Kadir Hassan fatima
63 Rue Mamoun Mohamed
Casablanca Tél.: 05 22 36 05 07



Dr. ALAMI M
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 driss Sex : Male Age : 74Y Clinique N : Section :
 SN : 0009261 Case No. : Lit No. : Date : 25/09/2019 9:34:18



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

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

Signature Medecin :