

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-455024

NO : 31018

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5400 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : H. H. ET ANDALOUH BRAHIM KHALIL

Date de naissance : 14.10.1960

Adresse : 7 LES BOMERIA LT DIAD MANDOUSS

Tél. : 0661 181754 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/03/2020

Nom et prénom du malade : H. H. ET ANDALOUH BRAHIM KHALIL

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

Nature de la maladie : HTA légère

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 : 15/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

INP : 090000084

Dr Amale ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd Panoramique Californie
Casa - Tél: 0522 80 80 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

12/3/20
12/3/20
225,80
85,12

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
G
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



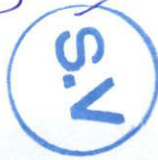
12/03/2020
مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

Mrs Brahim Khalil Ajijes Abdelouss

1366 - Amor 5mg left
29/29 AS
22/22
Dr Boudia
neumelash



PHARMACIE AIM CHIFA
123, Av. Abdou Chouib Doudikali
Ain Chifa 2 - CASABLANCA
Tél: 0522 81 16 97

Dr Amale ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 05 22 50 80 80

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr. FALAH YOUSSEF
10 PISTE THERAPIE JNANE CALIFORNIE
JNANE CALIFORNIE AM CHOQ
Tél: 05 22 87 11 12 CASA

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 / 0522 50 80 80

العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com // cliniquecalifornie@menara.ma

UT.AV : 74 20 2

P.P.V.

LOT N° : 127472

89 20
89,20

09366067/7

UT.AV : 08 20 2

P.P.V.

LOT N° : 1178103

89 20
89,20

09366067/7

UT.AV : 04 20 22 P.P.V. 156 60

LOT N° : 1274281

136,60

09366130/3

Nom: hijel andalousi brahim k. Sexe:

ID: 200312004

Imprimer: 2020-03-12, 21:37:19

No. record:

Age:

Taille(cm):

Poids(kg):

Medication:

Medecin:

Dr Amale FLAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd Panoramique Californie
Casa Tél: 0522 40 80 80

Fréquence cardiaque 51 bpm [Minnesota code]

Intervalle PR 151 ms

Temps QRs 89 ms

Intervalle QT/QTc 425/391 ms

Axe P/QRS/T 51/-12/4 °

Tension RV5/SV1 0.96/0.84 mV

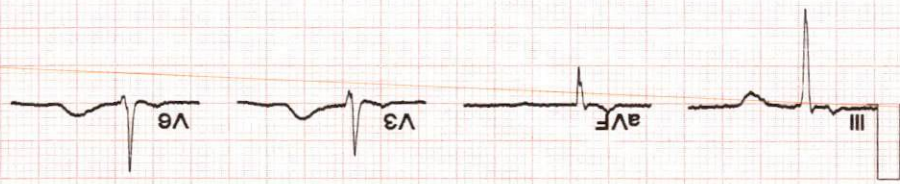
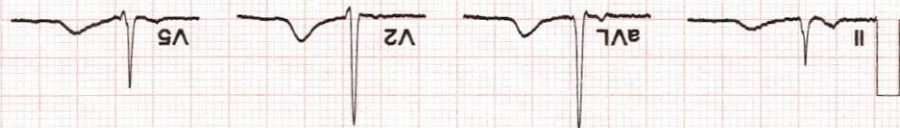
Tension RV5+SV1 1.80 mV

[Résultats d'analyse]

8130 Bradycardie sinusale

323 Critères de tension pour LVH

1014 ** ECG anormal **



0.5Hz-100Hz AC 50Hz 25mm/s 10mm/mV

Les medecins doivent confirmer le rapport. Docteur:

VA3.00.0003

25mm/s 10mm/mV Biocare IE 12A

0.5Hz-100Hz AC 50Hz

Nom: hjiyej andalous.

Sexe:

ID: 200312004

Imprimer: 2020-03-12, 21:37:01

49 bpm

