

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-563914

38663

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4088 Société : 7

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 7

Nom & Prénom : ARIF Mohamed

Date de naissance : 1-1-1934

Adresse : Bloc 3 APP5 Casa

Tél : 0677561934 Total des frais engagés : MUPRAS Dns

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/8/2020

Nom et prénom du malade : ARIF Mohamed Age : 86 ans

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

Nature de la maladie : Coronaropathie sévère + HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 01 SEP 2020

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 Le : 27/8/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
27/8/2020	CS - Elh 802		3000	INP 092042456

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie M. YEM Mme Ikhlasse Benachya 19 bis - Bvd Ibnou Sina - CASA Tel: 0522 36 33 27 ICE: 001597824000084	27/8/2020	141840
		INPE

ANALYSES - RADIOGRAPHIQUES			
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 : <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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

27 Aout 2020

Monsieur Mohamed ARIFI

35,70 x 3

x213,00 Kardia C160 x 1 sk

3 . Inibase 75 x 1 cpk

63,30 XTmazole 10/25 x 1 cpk

3 . L Dna 10 x 1 cpk

57,80 x 3

Vascon 35 Lm 1 cp x 2

103,00 x 3

Traitement

Renouvelé

6 mois

1418,40

Clinique CALIFORNIE
Professeur BELHAJ Miloud
Maladies Cardio - Vasculaire
et Thoracique
Adultes - Enfants Nouveaux
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 98

PHARMACIE MERYEM
Mme Ikhlass Benyahya
19 bis, Bvd Ibnou Sina - CASA
Tél: 0522 36 33 27
ICE: 001597824000084

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

الموقع الإلكتروني : www.cliniquecalifornie.net - العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com

LOT : 200500
UT AV : 03/2023
PPV : 57,80DH

INILASE 75 mg
Clopidogrel

213DH00 EXP 04/2021
LOT 80018 1

LOT : 200500

UT AV : 03/2023
PPV : 57,80DH

213DH00 EXP 04/2021
LOT 80018 1

LOT : 200500

UT AV : 03/2023
PPV : 57,80DH

213DH00 EXP 04/2021
LOT 80018 1

63,30

63,30

63,30

103,00

103,00

103,00

LOT : 20E014
PER.: 11/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V.: 35DH70



118001 081189

LOT : 20E014
PER.: 11/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V.: 35DH70



LOT : 20E014
PER.: 11/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V.: 35DH70



118001 081189

Nom : arifi mohamed
 Numéro ID : 200827001
 N° sous-ID :
 Sexe :
 Âge :
 Réf-service :
 N° chambre :

Fréquence cardiaque: 52 bpm
 Durée QRS : 167 ms
 Axes P/QRS/T : 49/7/68°
 Tension RV5+SV1 : 0.16 mV
 Intervalle PR : 203 ms
 Intervalle QT/QTc : 494/480 ms
 Tension RV5/SV1 : 0.16/0.00 mV
 [Code Minnesota] 12 17 63 711 91

***** Analyse résultat *****

8130 Bradycardie sinusale

711 Bloc de branche gauche

ECG anormal

SpO₂ 97%

TA 12/7 9

Le docteur doit confirmer le rapport

10mm/mV 25mm/s 545, Bd. Panoramique Casablanca - Tél: 0522 50 80 80 Fax: 0522 50 76 98



