

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° W21-691504

220942

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3520 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMSADDAR Amina Jeeve FARHI

Date de naissance : 1953

Adresse : 10, Rue Ibn Raja - CASA ANFA

Tél. : 0689224320 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Jaafar HEIKEL

Professeur de Médecine
Spécialiste en Maladies Infectieuses
Diplômé en Nutrition et Maladies Métaboliques
Expert International

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/05/2022

Nom et prénom du malade : LAMSADDAR Amina Age : 69

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 : Casablanca Le : 12 / 05 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
12-10-22	CS		CS = 300 TSC = 50 PN = 200 #159077	INP : [Signature] INPE: 091102859 Professeur de Médecine Spécialiste en Maladies Infectieuses Diplômé en Nutrition et Maladies Métaboliques International

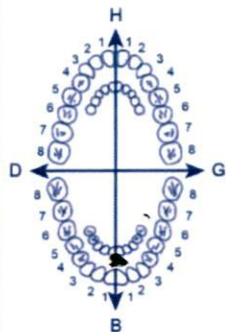
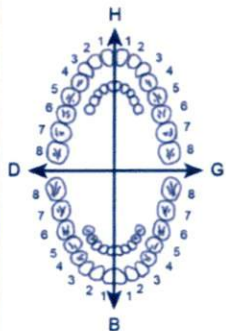
[illegible][illegible][illegible]

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



COMPTE RENDU MEDICAL

Patiente : Amina Lamsaddar, 69 ans

Date de la visite : 12 Mai 2022

Médecin référent : aucun

Renseignements personnels :

Femme, veuve, âgée de 69ans

Aucune activité physique régulière

Consommation de tabac 0, consommation d'alcool 0

Souhaite agir sur son hygiène de vie

Renseignements cliniques :

ATCD personnels : Colopathie fonctionnelle, hypothyroïdie sous traitement (Levothyrox)

ATCD familiaux : RAS

Renseignements diagnostiques :

TA : 132/71 **SaO2 :** 97%

FC : 65 **T° :** 36°C

Bilan Biologique demandé

Examen clinique :

Les données d'impédancemétrie indiquent :

Body Type=Over fat **IMC = 24.8**

Poids = 67,4 **Taille = 165*** **MMS=23.3** **MG=24** **TGC=35.7%** **Protéines=8.5**

Minéraux=3.12 **TBW=31.8** **TT=98cm** **Level=10** **BMR=1307**

CONCLUSION

L'examen clinique et les données d'impédancemétrie objectivent une proportion élevée de tissu adipeux et un tour de taille élevé. A cet effet, **Mme Amina Lamsaddar** nécessite une prise en charge nutritionnelle et d'hygiène de vie physique (activité physique) durant une période d'au moins **2 mois** avant nouveau contrôle.

Date : 12 Mai 2022

Pr. J.HEIKEL, MD,MSc,PhD, MBA

Dr. S. RAGHNI, MD

Casablanca le : 12/05/2022

Note d'honoraires

Nom et prénom du patient(e) : Mme Lamsaddar Amina

Consultation spécialisée	300.00
Impédancemètre segmentaire corporelle	250.00
Plan nutritionnel	200.00
Total à payer	750.00

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : **SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS**


Dr. Jaafar HEIKEL
Professeur de Médecine
Spécialiste en Maladies Infectieuses
Diplômé en Nutrition et Maladies Métaboliques
Expert International