

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° W21-601004

130900

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10513 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SAID

Nom & Prénom : LOUI BLAN CHAM 54

Date de naissance : 00 LFA 16/04/71

Adresse : 061086686

Tél. : 061086686 Total des frais engagés : 1000 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Loufi Saïd

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : cardiop

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 : 26/09/2022

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
23-09-2022	6300 DH			INP : 091258434
23-09-2022	6300 DH			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

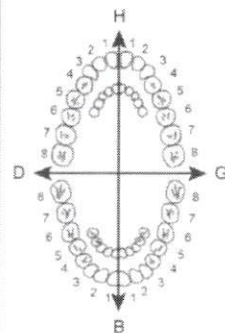
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

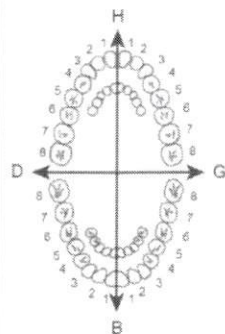
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- ANCIEN MÉDECIN – CHU TIMONE MARSEILLE
- ANCIEN MÉDECIN – CH MARTIGUES
- ANCIEN MÉDECIN – ICPC TURIN
- ANCIEN MÉDECIN – CHU IBN ROCHD CASABLANCA

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بمرسيليا
- طبيبة سابقة بمستشفى مارتيك بفرنسا
- طبيبة سابقة بالمستشفى توران بباريس
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

Ordonnance

Casablanca le :

23/09/2022

Louafi Said.

Folter

Q 3 300 H

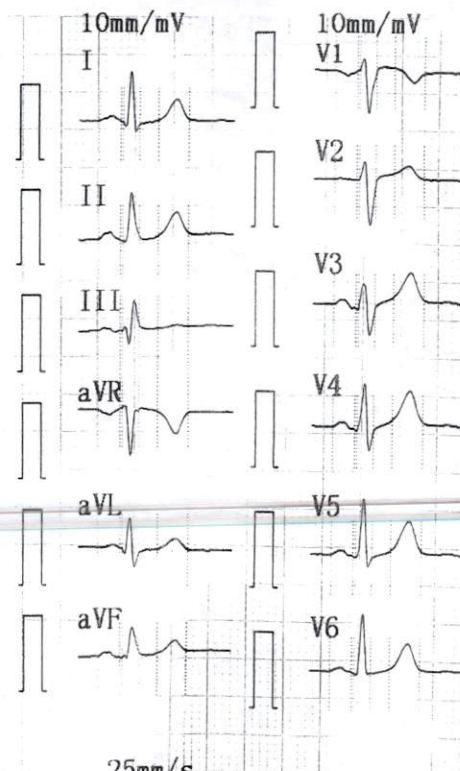
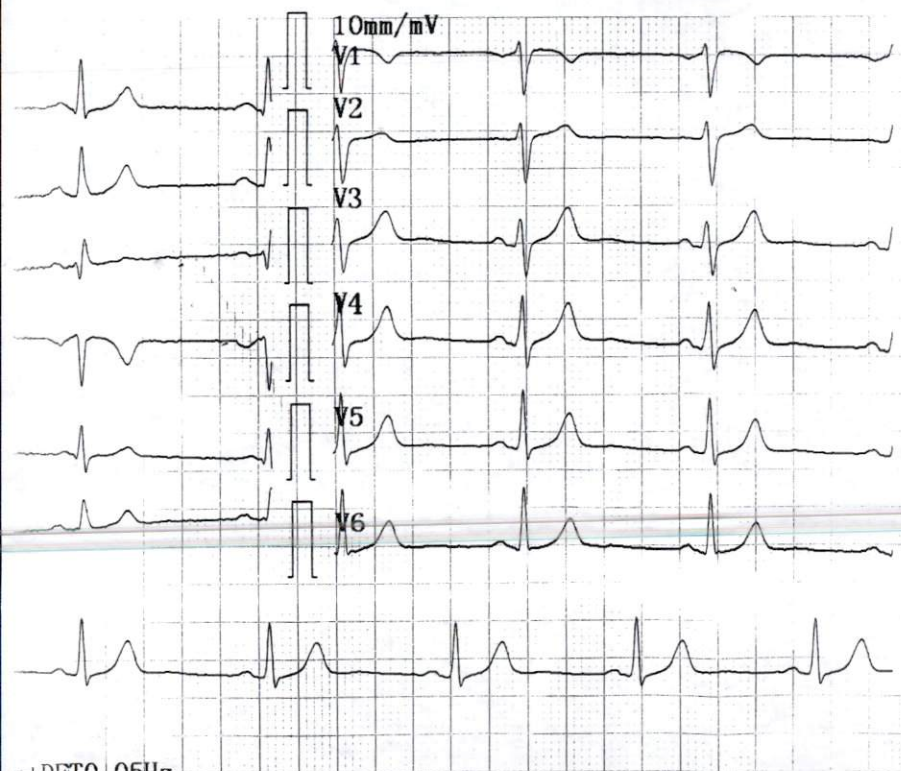
Et 3 700 H

- ELECTROCARDIOGRAMME - ECHOCARDIOGRAPHIE - ÉCHOGRAPHIE TRANSOESOPHAGIENNE
- ÉCHOGRAPHIE DOPPLER VASCULAIRE - ÉCHOGRAPHIE DE STRESS- ÉPREUVE D'EFFORT
- HOLTER RHYTHMIQUE - HOLTER TENSIONNEL

ultrason.



Page 1



Cabinet de cardiologie Dr A. MOUKHLISS
2022-09-23 12:23

ID : _____
Nom : _____
Taille : _____ cm P : _____ Sexe : _____ Age : _____
HR : _____ bpm
PR Interval : _____ ms
P Duration : _____ ms
QRS Duration : _____ ms
T Duration : _____ ms
QT/QTc (Bazett) : _____ ms
QTc (Hodge) : _____ ms
QTc (Framingham) : _____ ms
QTc (Fridericia) : _____ ms
P/QRS/T Axis : _____ deg
R(V5)/S(V1) : _____ mV
R(V5)+S(V1) : _____ mV

Le rapport doit être confié par un médecin
Ryth. sinusoidal norm.
Axe électrique cour normal;

M. Moukhliss

Médecin

z+DFT0.05Hz

25mm/s

M. Louisi Hill

23/09/88

W. J. Hill Hill

W. J. Hill, W. J. Hill
W. J. Hill, W. J. Hill

W. J. Hill

W. J. Hill, W. J. Hill

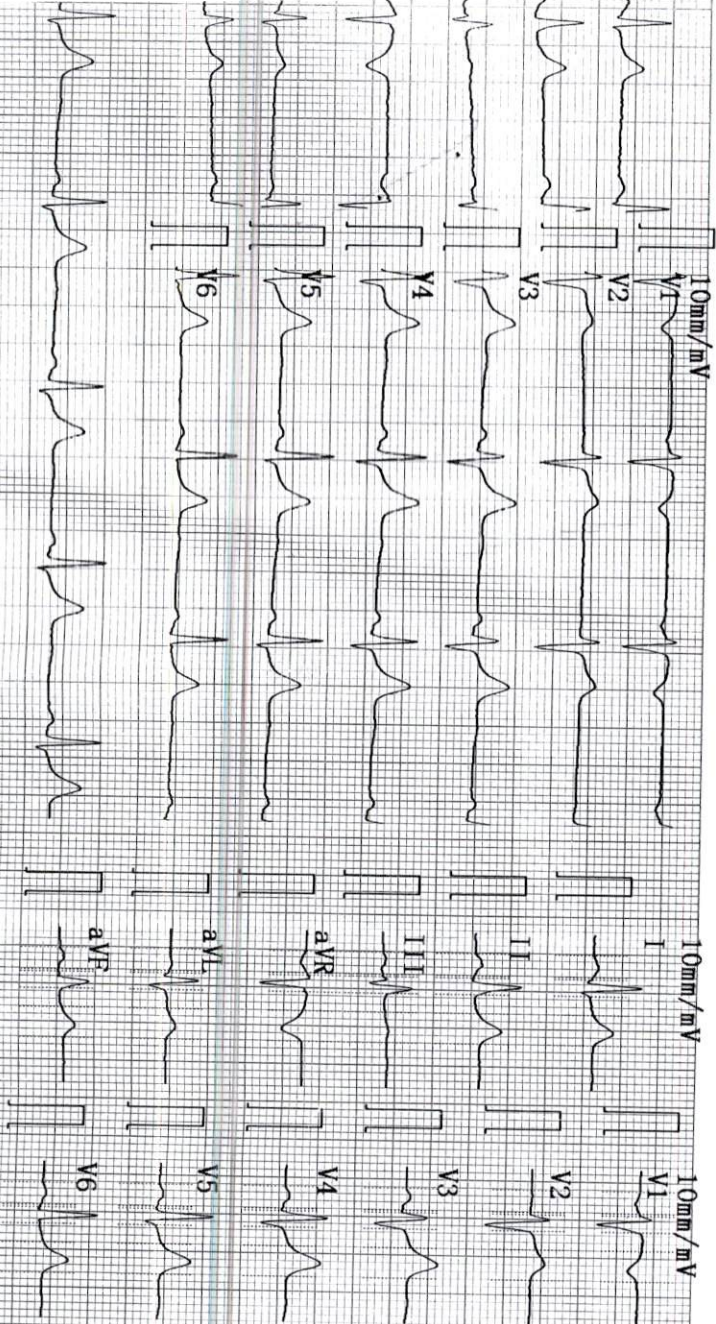
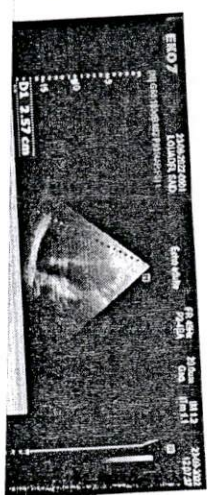
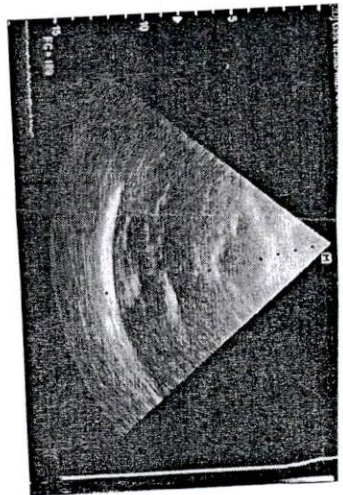
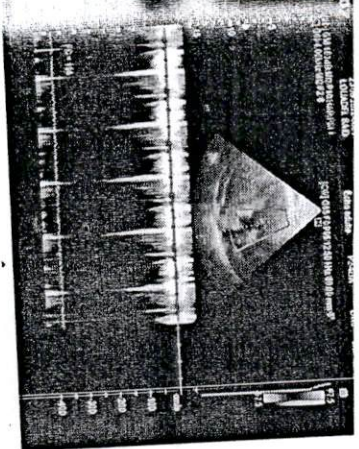
W. J. Hill, W. J. Hill

W. J. Hill, W. J. Hill

W. J. Hill, W. J. Hill

W. J. Hill = W. J. Hill

W. J. Hill, W. J. Hill



Cabinet de cardiologie Dr A.MOUKHLISS
2022-09-23 12:25

ID : _____
Nom : _____
Taille : _____ cm Poids : _____ kg
Sexe : _____ Age : _____
HR : _____ bpm
PR Interval : _____ ms
P Duration : _____ ms
QRS Duration : _____ ms
T Duration : _____ ms
QT/QTc (Bazett) : _____ ms
QTc (Hodge) : _____ ms
QTc (Framingham) : _____ ms
QTc (Fridericia) : _____ ms
P/QRS/T Axis : _____ deg
R (V5)/S (V1) : _____ mV
R (V5)+S (V1) : _____ mV
R (V5) : _____ mV
S (V1) : _____ mV

Le rapport doit être confirmé par un médecin
Ryth. sinusoidal norm.
Axe électrique cour normal.

Handwritten signature: A. Moukhliss

Médecin _____

10.05Hz

25mm/s

