

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

- Reclamation : 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'Honneur Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-793049

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☒ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11454 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : BABA LAHCEN ALAL

Nom & Prénom : BABA LAHCEN ALAL

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél. : / / Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 9/21 / 2024

Nom et prénom du malade : BABA LAHCEN ALAL Age : 55 ans

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

Nature de la maladie : HTA dyslipémie

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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

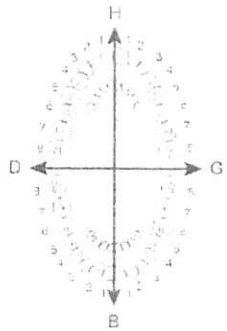
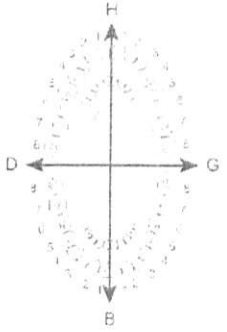
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 35533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 01423550 00000000 00000000 11423553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

VOLET ADHERIF



Clinique "Californie"

Casablanca, le 09/02 2024

Le Docteur P^r Belhaj

prie M R: ALLAL Baba Laïcon

d'accepter l'expression de ses sentiments
distingués et lui présente suivant l'usage,
sa note d'honoraires pour

consultation + ECG

S'élevant à la somme de +3000+ Dhs

CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Mohammed VI
Tél: 0522 500 80 / 0522 52 55
Fax: 0522 500 80 - Casablanca

Nom: baba lahcen allal

Sexe:

ID: 240209002

Imprimer: 2024-02-09, 16:46:13

No. record:

Age:

Taille(cm):

Poids(kg):

Médication:

Médecin:

Fréquence cardiaque	85	bpm	[Minnesota code]
Intervalle PR	181	ms	31
Temps QRS	93	ms	33
Intervalle QT/QTc	403/479	ms	53
Axe P/QRS/T	49/-23/73	°	54
Tension RV5/SV1	0.71/0.41	mV	941
Tension RV5+SV1	1.13	mV	

[Résultats d'analyse]

8110 Rythme sinusal

323 Critères de tension pour LVH

21 Déviation axiale gauche modérée

2154 Anomalie de l'onde T non-spécifique [I, aVL, V4, V5, V6]

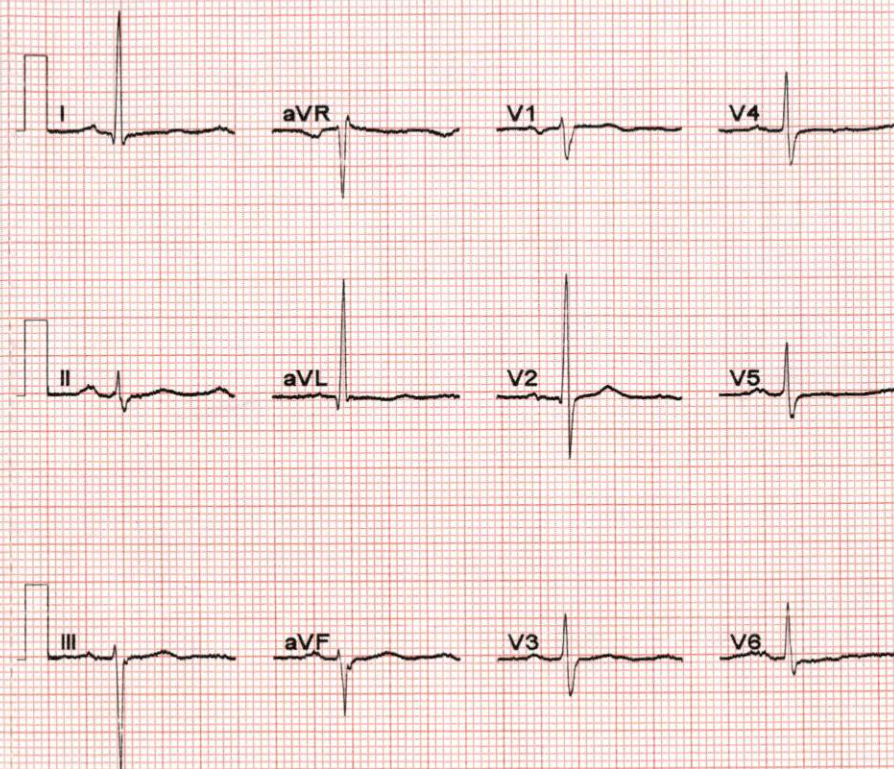
1011 ** ECG d'état-limite **

SaO₂ 98%

TA 14/9 mmHg

DR. BELHAJ MILoud
Maladies Cardio - Vasculaires
et Thoracique
2, Joltes - Enfants Nourrissons
545, Bd. Poincaré - Casablanca - Tel: 0522 50 76 99
Fax: 0522 50 76 99

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



Les médecins doivent confirmer le rapport. Docteur: _____

