

# 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (t.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° W19-441929

ND: 31566

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05936 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : AYOUT HASSAN  
 Date de naissance : 14/09/1964  
 Adresse : HAY HY ARDELLAH RUE 229 NR 46 CABA.  
 Tél. : 0661403847 Total des frais engagés : 13998 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Amale EL AMRANI**  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
545, Bd Panoramique Californie  
Casa Tél: 0522 40 80 30

Date de consultation : 09/03/2020  
 Nom et prénom du malade : Cheddol Chaido Age: 55  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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 : 09/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :



Me 5936

### 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

09/10/2010  
Elu  
2000  
1000  
INP : 090000084  
Dr Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
545, Bd Panoramique Californie  
Casa TEL: 0522 40 80 43

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE  
Rue 21  
M. Abd. H. Min. Ch. 23-33-33-33  
Tel: 05 22 52 00  
9/03/20  
1098

### 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.

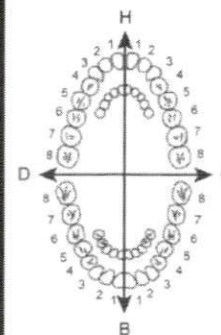
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

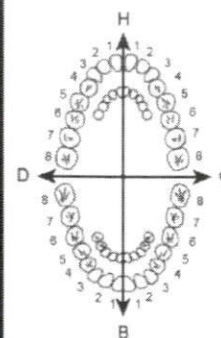
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Me 5936



Clinique "Californie" - مستشفى كاليفورنيا - الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

N° chegdol choibria 09/03/2020

2960x3  
- EXforge 5/800g lcfy le matin.

70.00x3  
- Civastine lous lcfy le soir.



At 3 mois  
renouvelable.

Dr Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
Bd Panoramique Casablanca  
Tél : 0522 50 80 80

1098,00

PHARMACIE CHAAB  
Rue 226 N° 23-25 Hay  
My Abdellah, Ain Chok Casa  
Tél : 05 22 52 36 17

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



☒ **valable 3 mois**

Le 09/03/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

**Dr Amale ELAMRANI**  
**CARDIOLOGUE**  
**Clinique Californie**  
545, Bd Panoramique Californie  
Tél: 0522 50 80 80

Certifie que Mlle, Mme, M. Chantal Chelma

Présente H-TA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois renouvelable

**Dr Amale ELAMRANI**  
**CARDIOLOGUE**  
**Clinique Californie**  
545, Bd Panoramique Californie  
Casa Tél: 0522 50 80 80

Dont ci-joint ordonnance :

Oui

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Moham



**PHARMACIE CHAAB**  
Rue 226 N° 23-25 Hay  
Mly Abdellah, Ain Chok Casa  
Tél : 05 22 52 66 17





Nom: chaibia chegdal

Sexe:

ID: 200309003

Imprimer: 2020-03-09, 21:51:18

No. record:

Age:

Taille(cm):

Poids(kg):

Médication:

Médecin:

Dr Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
545, Bd Panoramique Californie  
Casa Tél: 0522 50 80 80

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

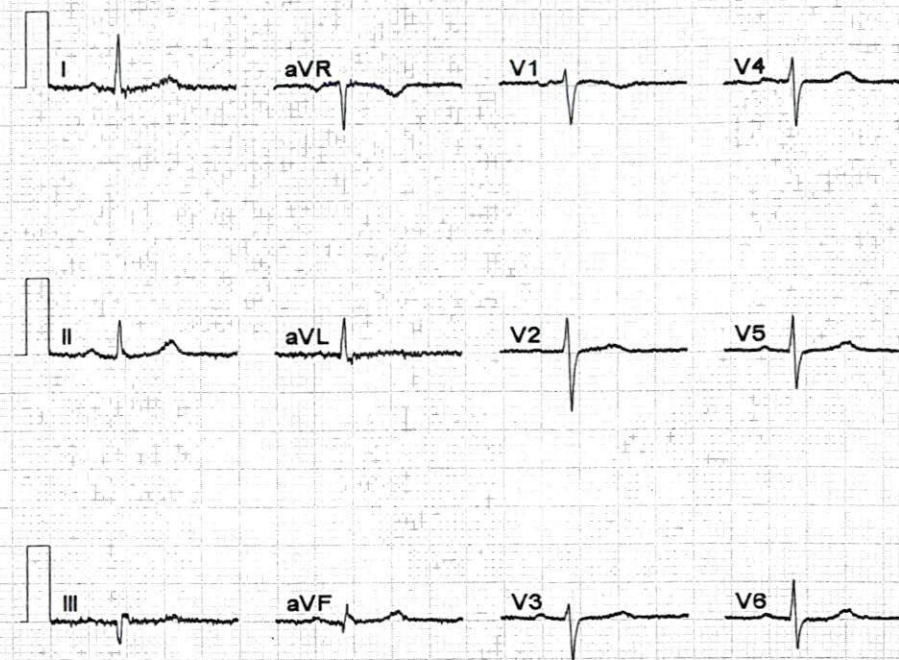
M05936

Fréquence cardiaque	76	bpm	[Minnesota code]
Intervalle PR	168	ms	10
Temps QRS	82	ms	
Intervalle QT/QTc	381/428	ms	
Axe P/QRS/T	35/14/46	°	
Tension RV5/SV1	0.48/0.57	mV	
Tension RV5+SV1	1.05	mV	

## [Résultats d'analyse]

8110 Rythme sinusal

1010 \*\* ECG normal \*\*



Les médecins doivent confirmer le rapport. Docteur: \_\_\_\_\_





Mfe5936

73 bpm

Imprimer: 2020-03-09, 21:51:00

ID: 200309003

Sexe:

m: chaiba che

VA3.00.0003

Biocare IE 12A

25mm/s

0.5mV 100Hz AC 50Hz