

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° W21-773953

14 23 05

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3400 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HJAYEJ ABDALOUSS BRACHIM KHALEL

Date de naissance : 14.10.1960

Adresse : 705 Almeria GT RYAD EL SWIDJES

Tél. : 0661 181754 Total des frais engagés : 840

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

Date de consultation : 30/11/2022

Nom et prénom du malade : HJAYEJ ABDALOUSS BRACHIM KHALEL

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 :

Le : / /

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
30/11/2021	Consultation	1	2000	Dr Anne EL...
	EC	1	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Stades 2017 Rue Al Fourni - Casablanca Tél: 05 22 25 49 25 RC: 245509 - Pte: 30872383 Fax: 40436442	30/11/2021	540,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

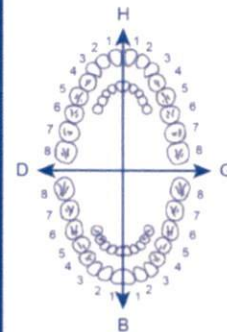
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

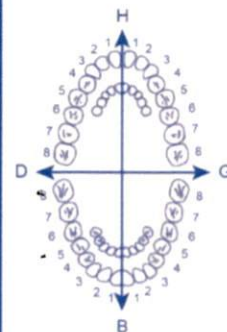
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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



30/11/2012
مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

Dr Brahim Khaled Hyej Andaloussi

8920 x 3
Amior 5mg left

13660 x 2

540, 80

766 mas
neurolept

Dr Amale EL AMRANI
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Casablanca Tél: 0522 50 80 80

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pte.: 35873067
IF : 40436642

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

UT.AV : 04 2 25

P.P.V.

LOT N° : 6 E 2 0 5 9

89 20

89,20

UT.AV : 04 2 25

P.P.V.

LOT N° : 6 E 2 0 5 9

89 20

89,20

UT.AV : 04 2 25

P.P.V.

LOT N° : 6 E 2 0 5 9

89 20

89,20

UT.AV : 04 2 25

P.P.V.

LOT N° : 6 E 2 0 4 6

136 60

136,60

UT.AV : 04 2 25

P.P.V.

LOT N° : 6 E 2 0 4 6

136 60

136,60



Clinique "Californie"

CLINIQUE "CALIFORNIE"
545, Bd Panoramique Californie
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
Fax: 0522 50 76 98 - Casablanca

Casablanca, le 30/11/2022

Le Docteur ELAMRANI

prie M. H. Elj ANDALOUSI BRAHIM
KHALIL

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

consultation &
ECC

S'élevant à la somme de 300, Dhs

CLINIQUE "CALIFORNIE"
545, Bd Panoramique Californie
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
Fax: 0522 50 76 98 - Casablanca

Hjiyej andalousi, Brahim khalil

ID:

D-naiss:

ans,

30-Nov-2022 15:09:44

Fréq. Card.: 55 BPM

Int PR: 150 ms

Dur.QRS: 89 ms

QT/QTc: 420/408 ms

Axes P-R-T: 67 -4 9

Dr Amale EL AMRANI
CLINIQUE CALIFORNIE
545 Bd Panoramique, Californie
Casablanca Tél: 0522 50 80 80

