

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-786486

152685

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3000

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

FADIL ZACHIDA

Date de naissance :

15.10.1956

Adresse :

75 Rue OMAR SLAOUI CASA

20140

Tél. :

0661063696

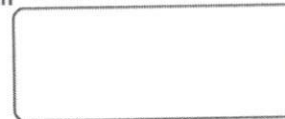
Total des frais engagés :

154,17€

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

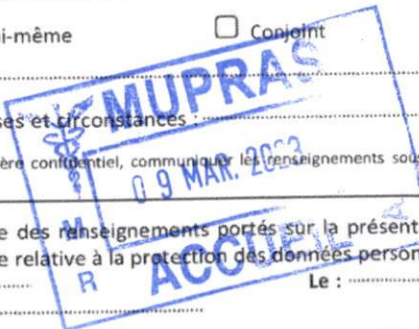
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
21.09.23	154,17 €

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

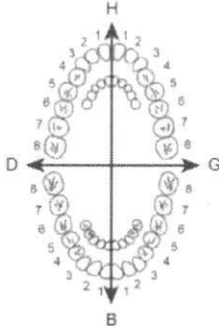
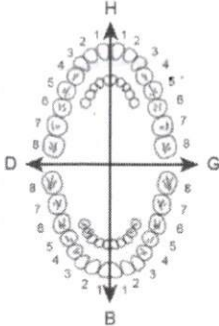
[illegible]

# 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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

27 janvier 2023,

Mme Rachida FAÏL

- Atenol 100mg 1/2 x 2/j
- Vasterel 35Lm 1cp x 2/j
- Comasal 2mg 1cp x 3/j

Traitement  
Renouvelable  
6 mois

Clinique Californie NIE  
Professeur H. El Ghoul  
Maladies Cardio - Vasculaires  
et Thoraciques  
Adultes - Enfants Nourrissons  
545, Bd. Panoramique Californie  
Casablanca - Tél.: 0522 50 80 80  
Fax: 0522 50 76 98

Deluano en  
une fois -  
cause retour  
Casablanca

Authenticité de  
l'ordonnance vérifiée  
HIE PUECHALDOU - BOURSE  
Place de la mairie  
26120 MONTMEYRAN  
n° 262002983  
Tel 04 75 59 30 04  
Fax 09 70 29 14 96

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](http://www.cliniquecalifornie.net) - Site web : [www.cliniquecalifornie.net](http://www.cliniquecalifornie.net) - العنوان الإلكتروني : [cliniquecalifornie@gmail.com](mailto:cliniquecalifornie@gmail.com) - E-mail :

PHARMACIE PUECHALDOU BOURSEAU  
. PUECHALDOU & BOURSEAU  
PLACE DE LA MAIRIE  
26120 MONTMEYRAN  
FRANCE  
Tel: 0475593004  
N° SIRET: 39442607600011  
Code NAF: 4773Z - FR72394426076

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°1484/677567

Du 21/02/2023

Date de l'échéance 22/02/2023

FADIL Rachida  
75 RUE OMAR SLAOUI  
CASABLANCA MAROC

Prescripteur : belhaj miloud  
N° AM : 261999999  
Opérateur: flo P

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
VASTAREL 35 MG 60 CP 3400935724588 N° Ordonnancier : 1038850	PHN	0	6	11,727	10,00%	70,36
CORVASAL 2MG CPR SECABLE 90 3400932411061 N° Ordonnancier : 1038851	PH7	0	6	9,745	2,10%	58,47
Honor. dispens. HG7	HG7	0	6	2,703	2,10%	16,22
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
75,19	2,1% (4)	1,58	76,77
70,36	10% (10)	7,04	77,40
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
145,56		8,62	154,17

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	154,17

<b>Reste dû</b>	154,17
-----------------	--------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 10: taux 10.0



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h  
مستعجلات 24\24 ساعة

27 janvier 2023,

Mme Rachida FAÏL

- Ateror 100mg  $\frac{1}{2}$  x 2/j
- Vasterel 351m 1cp x 2/j
- Coumaval 2mg 1cp x 3/j

Tranquilliser  
Renouvelable  
6 mois

Clinique CALIFORNIE  
Professeur EL KHAYAT Miloud  
Maladies Cardio - Vasculaires  
et Thoraciques  
Adultes - Enfants Nourrissons  
545, Bd. Panoramique Californie  
Casablanca - Tél.: 0522 50 80 80  
Fax: 0522 50 76 98

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](http://www.cliniquecalifornie.net) - العنوان الإلكتروني : [cliniquecalifornie@gmail.com](mailto:cliniquecalifornie@gmail.com)

**60 comprimés pelliculés  
à libération modifiée**

**VASTAREL®**

*comprimé pelliculé à libération modifiée*

*Dichlorhydrate de trimétazidine*

**35<sup>mg</sup>**

32.20.71

€ 16.15



*60 comprimés pelliculés  
à libération modifiée*

**VASTAREL®**

*comprimé pelliculé à libération modifiée*

*Dichlorhydrate de trimétazidine*

**35**mg

*60 comprimés pelliculés  
à libération modifiée*

**VASTAREL®**

*comprimé pelliculé à libération modifiée*

*Dichlorhydrate de trimétazidine*

**35**mg



*60 comprimés pelliculés  
à libération modifiée*

**VASTAREL®**

*comprimé pelliculé à libération modifiée*

*Dichlorhydrate de trimétazidine*

**35**mg

*60 comprimés pelliculés  
à libération modifiée*

**VASTAREL®**

*comprimé pelliculé à libération modifiée*

*Dichlorhydrate de trimétazidine*

**35**mg

# Corvasal<sup>®</sup> 2 mg

Molsidomine

Voie orale



**90** comprimés sécables



CHEPLA  
PHARM



# Corvasal<sup>®</sup> 2 mg

Molsidomine

Voie orale



**90** comprimés sécables



CHEPLA  
PHARM

# Corvasal<sup>®</sup> 2 mg

Molsidomine

Voie orale



**90** comprimés sécables



CHEPLA  
PHARM

# Corvasal<sup>®</sup> 2 mg

Molsidomine

Voie orale



**90** comprimés sécables



CHEPLA  
PHARM



# Corvasal<sup>®</sup> 2 mg

Molsidomine

Voie orale



**90** comprimés sécables



CHEPLA  
PHARM

# Corvasal<sup>®</sup> 2 mg

Molsidomine

Voie orale



**90** comprimés sécables



CHEPLA  
PHARM