

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 canalaires, 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 canalaires.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-793047

par courriel

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11367

Société : Royal Air Maroc

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom : EL HASSANE HAFIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662123330

Total des frais engagés : 1743,92

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/04/2023

Nom et prénom du malade : EL Hassane Hafida

Lien de parenté :

☒ **Lui-même**

☐ **Conjoint**

☐ **Enfant**

Nature de la maladie :

Comorbidité + diabète

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 : 17/04/2023 Casablanca

Le : 17/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-793047

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

11367

Nom de l'adhérent(e) :

EL HASSANE HAFIDA

Total des frais engagés :

1743,92 Dhs

Date de dépôt :

25/04/2023

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
11/04/2025	Examen		—	INP 08/05/2025
20/04/2025	Examen		—	CAROLINE GUERIN Clinique de la Vie FAS, Bd Pasteur 022 50 60 11 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Caquet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Maryama EL FARNINI Tél: 0522 65 20 70 INPS: 032067248	20-04-23	1416,28
	20-04-23	327,70

[illegible][illegible]

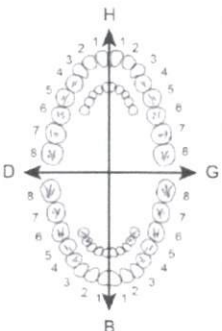
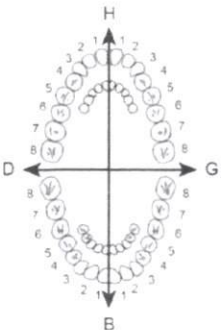
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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 colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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

Mrs E Hadadi Hafsa 20/04/2023

87,20

- Trimacel 35mg 1p x 2ls

240,00 - Soglex long 1/2 cpb leuete.

Pharmacie
Lot: 62/2
N° 2046
Tél: 05 22 90 39 12

B 327,20

Dr. A. male ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
Fas, Bd. 2046 - Casablanca
Tél: 05 22 50 80 80

PHARMACIE ANNASSIMI
Bd Oued Daouda Lotissement
Habiba N° 62/2 Oulfa casa
ICE: 002042097000024
Tél: 05 22 93 84 58

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 : الهاتف

العنوان الإلكتروني : E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J27
EXP: 09/2025

N° de lot :
A consommer de
préférence avant fin :

14/2022
1022009
11/2025

COOPER PHARMA
PPC: 98,00 DH

24,00
91,50

PPV: 87DH70
PER: 01/26
LOT: M338

PPV: 244DH00
PER: 09/24
LOT: L2954-1

L 3046
P: 04/25
PUC: 79,00 DH

MARIMAG®
Magnésium marin

Vitamine B6 + Lithotamne

PPV: 147DH40
PER: 09/24
LOT: L2954-2

92,00



Agences Médico-Chirurg

حالات 24\24 ساعة

6 118001 184989
Maphar
Bd Akimia N° 6, Ol
Sidi Bemoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH

مصحة

17000

$$\begin{array}{r} 244.00 \\ - 147.00 \\ \hline \end{array}$$

92.02

24, 70

9A, 9B

$$49.60 \times 2$$

98.00

29.00

1416, 22

Dr. Amale CHAKRABARTI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Rue Pacifique Californie
545, Rue Pacifique Californie

Sanofi-aventis Maroc
Sanofi de Rabat R.P.A.
Route de Casablanca
Ain sebaâ 75mg/100mg
Coplavix
b30 cp 270.00 DH
P.P.V :
082018
5113001

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 Tél :

الموقع الإلكتروني: www.cliniquecalifornie.net · العنوان الإلكتروني: cliniquecalifornie@gmail.com · E-mail :