

# 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 065473

ND: 30697

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 425 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LARAKI Mehdi

Date de naissance : 1/1/1928

Adresse :

Tél. : 0522238211 Total des frais engagés : 2778,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Chérifite  
545, Bd Panoramique, Casablanca  
Tél. 0522 20 80 80

Date de consultation : 02/06/2020

Nom et prénom du malade : Dr Larakhi Mehdi Age :

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

Nature de la maladie : HTA + ACPA + Infection urinaire

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) :



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/06/2020      | Cardiologie       | 1                     | CC                              | Dr. Amale EL HANNI<br>CARDIOLOGUE<br>Clinique Californie<br>345, Bd Panoramic, Californie<br>Casa Vel: 0522 50 80 80 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE BEYROUTH<br>99 Bis, Rue Beyrouth<br>Hay, Beyroune<br>Tel: 05 20 85 59 48 | 02-06-20 | 2 778,60              |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

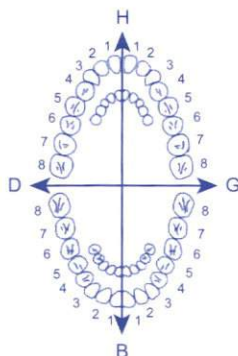
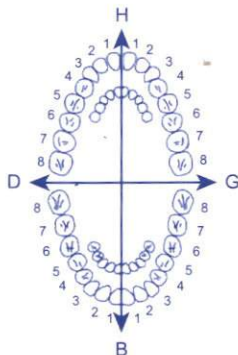
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées   |          | Nature des<br>Soins | Coefficient            |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|---|---|----------|---------------------|------------------------|----------------------------|--|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|----------------------------|
|    |   |          |                     |                        | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        | DEBUT<br>D'EXECUTION       |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        | FIN<br>D'EXECUTION         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCOEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  | <table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table> |          |                     |                        | H                          |  |  | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|   | H   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   | 25533412  | 21433552 |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   | 00000000  | 00000000 |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   | D   |          | G                   |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   | 00000000  | 00000000 |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   | 35533411  | 11433553 |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   | B   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   | [Création, remont, adjonction]  |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     | DATE DU<br>DEVIS       |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|   |   |          |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

le 02 / 06 / 2020

Mrs Loraki Delidi

25,00 Digoxine 0,25mg 1cpj (n°1) S.V.  
143,60 - Croben 200mg 1cpj x 2j (n°5) S.V.  
x 5 - Inexlin 40mg 18clj (n°3) S.V.  
142,10 x 3 Xarelto 15mg 1cpj (n°1) S.V.  
1326,00 - Effortil 30gouttes x 3j (n°1) S.V.  
2810 - Aldactone 50mg 1cpj (n°1) S.V.  
571,70 - Cardesiel 25mg 1cpj (n°3) S.V.  
541,10 x 3 - Losartan 40mg 1cpj (n°1) S.V.  
34,60

27,7860

PHARMACIE BEYROUTH  
99 Bis, Rue Beyrouth  
Hay Laayoune  
Tél. : 05 22 85 59 48

Dr Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
545, Bd Panoramique  
Casablanca - Tél. : 0522 50 80 80

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 : E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com





6 118001 040117

**DIGOXINE 0,25 mg**

(Digoxine)

30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Oroken 200 mg, cp pel b 8

P.P.V: 143,60 DH



6 118000 061069

7 (V)  
8 (W)

6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

B

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Oroken 200 mg, cp pel b 8

P.P.V: 143,60 DH



6 118000 061069

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bnou al aouam roches

noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Boîte 14

641/150MP/21NRQ P.P.V: 142,10 DH



6 118001 020607

**XARELTO 15 mg**

Rivaroxaban

42 cps

P.P.V: 1326,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090785

Lasilix 40mg  
20 Cp séc

P.P.V: 34DH60



6 118000 060468

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bnou al aouam roches

noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Boîte 14

641/150MP/21NRQ P.P.V: 142,10 DH



6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bnou al aouam roches

noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Boîte 14

641/150MP/21NRQ P.P.V: 142,10 DH



6 118001 020607

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Oroken 200 mg, cp pel b 8

P.P.V: 143,60



6 118000 061069



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

ainsi que le bilan de l'ODF.

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Oroken 200 mg, cp pel b 8

P.P.V: 143,60 DH



6 118000 061069

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Oroken 200 mg, cp pel b 8

P.P.V: 143,60



6 118000 061069

DEBUT  
D'EXECUTIONFIN  
D'EXECUTIONCOEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTIONO.D.F  
PROTHESES DENTAIRESDETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

00000000

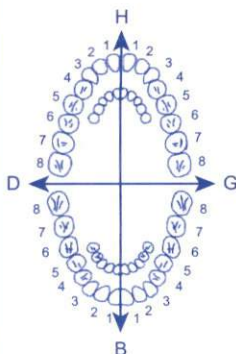
11433553

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION