

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° W19-441933

42684

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

05936

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AYOUL HASSAN

Date de naissance :

14/09/1964

Adresse :

NAY MY ABDELLAH RUE 229 NEUC
AIN CADK CASABLANCA

Tél. :

0661403847

Total des frais engagés :

1304,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amale ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
22 av. Mohammed VI - 20000 Casablanca

Date de consultation :

30/09/2020

Nom et prénom du malade :

Hassan AYOUL

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

H-TA sévère

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

MUPRAS

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.

04 OCT. 2020

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

Signature de l'adhérent(e) :

Signature et date : 30/09/2020

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
20/09/20	2000	1000	2000	INP : 020000871

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAKA Rue 236 N° 23-25 Hay My Abdellah, Ain Chok Casa Tél : 05 22 52 66 17	30/09/20	1304,40

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 : 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	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														



Clinique "Californie"

Urgences Médico-

24h

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Mono-Tildiem 1p300mg
gelules b28
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 081233

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Mono-Tildiem 1p300mg
gelules b28
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 081233

Dr Ayoub Haman 30/09/2020
205.3
- Cotareg 160/25mg 1cp
218.2
- Monohidrem LP 300mg 1
224.7
- Askardil 75mg 1cp

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Mono-Tildiem 1p300mg
gelules b28
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 081233

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Mono-Tildiem 1p300mg
gelules b28
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 081233

6 118001 030132

COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés

PPV : 205,00 DH

6 118001 070132

COTAREG 160/25 mg
28 comprimés pelliculés

PPV : 205,00 DH

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 9D012 2

Dr 3mois
Renouvelable.

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd Panoramique Casablanca
Tél : 05 22 50 80 80

T 1304.4



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

545 , شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

Tél : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 : الهاتف - Fax : 0522 50 76 98 : الفاكس

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

☒ **valable 3 mois**

Le 30/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. Agnes HOMER

Présente HTA sévère

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance : OUI

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : 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 Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

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

Ayouj, Hassann

ID:

D-naiss:

ans,

30-Sep-2020 13:02:14

Fréq. Card.: 60 BPM

Int PR: 153 ms

Dur.QRS: 98 ms

QT/QTc: 381/382 ms

Axes P-R-T: 52 36 12

Dr Amale ELAMRANT
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd Paroissienne Californie
Casa Tél: 022 50 80 83

