

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 064780

ND 50342

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 425 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KRAQI Housaini Mouzha

Date de naissance : 28/11/48

Adresse : Rue Ahmed EL Kadmir Boulevard Ghent 1 et 3

Tél. : 522 2382 11 Total des frais engagés : 1146,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/11/2020

Nom et prénom du malade : KRAQI Housaini Mouzha

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : Larachi

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
27/11/2020	Examen + ordonnance	CC		Dr. Amie EDAMARD CARDIOLOGUE Clinique Californie 645, Rd. Panoramique Californie 7011 022 00 49 99 - PRAIRIAL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRAIRIAL 645, Rd. Panoramique Californie 7011 022 00 49 99 - PRAIRIAL Tel. 02 22 80 00 00	27/11/20	1116,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

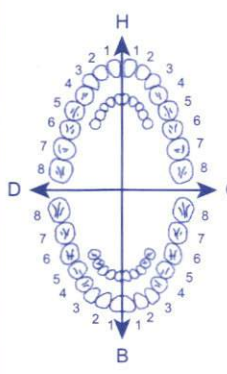
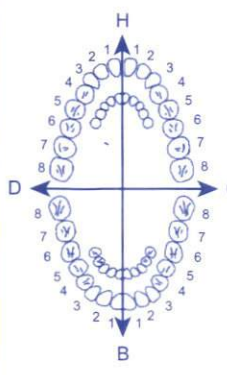
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



مستوحلات 24\24 ساعة

away 5000g
Arginine 1000g
185 x 130 (ml)
x 3 = 100 x 20

150.00 ~~Aspirin 100mg~~
x 3 - ~~Exocel 185 x 30 (ml)~~ Jak
+ ~~Dicourel 6.25mg 100 x 20~~ Sa
20.90 - ~~Vit D Bone 200000 U HAB/50's~~ S.V.

4!
1530
x 2
= 3060

Post 2 mas
vir C 1000
140 x 216
140 x 216

(S.V.)
(S.V.)

$153 \times 2 = 306$
 $4090 \times 2 = 8180$
 $7970 \times 2 = 15940$
 5280

Zinaskin left x 100
 - A Zinaskin 5000g left x 100
 $\frac{1}{2}$ of the 23 are 7 = for
 20000g left

S.V. S.V. S.V.

5280
 x 2
 1116.00
 H3mas
 purchase

1/2 of car =
 October 2009
 July 2009
 Dr. Amale ELAMRANI
 CARDIOLOGUE
 Clinique Californie
 512 St. Francois California
 922 60 66 60 - Casablanca

1981
 39 Bis
 H. 10
 KMK/CE/GEROU
 the Bayrou
 22 Rue 51

1981
 39 Bis
 H. 10
 KMK/CE/GEROU
 the Bayrou
 22 Rue 51

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 - E-mail

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg, cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH

6 118001 080830

AMM N°171/16 DMP/21/NNPR

6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR

6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR

6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR

6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

LOT: 061
PER: FEV 2023
PPV: 150 DH 00

6 118000 051176

PER: AVR 2023
PPV: 150 DH 00

6 118000 051176

PER: AVR 2023
PPV: 150 DH 00

6 118000 051176

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3058

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables

6 118000 040941

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J3041

3 Comprimés sécables
6 118000 040941

LOT 181367
EXP 02/2021
PPV 52.80DH

6 118001 100071

LOT 181367
EXP 02/2021
PPV 52.80DH

6 118001 100071

EXP 07/2023
LOT 06090 5

6 118000 032069

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 10/2023
LOT 09031/9

6 118000 032069

ZINASKIN®

PPV 40DH90 EXP 09/2023
LOT 09029 16

ZINASKIN®

PPV 40DH90 EXP 10/2023
LOT 00056 28

ZINASKIN® 45 mg
20 comprimés effervescent

6 118000 032090

ZINASKIN® 45 mg
20 comprimés effervescent

6 118000 032090