

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

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
22000 - 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° P19-0035486

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1870

Société : 55991

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUDARKHA LAÏLA

Date de naissance : 15/10/1956

Adresse : N° 60 LOT LINA SIDIMARROUF CASQ

Tél : 0662 065203

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/08/2020

Nom et prénom du malade : Laïla Boudarkha Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA sévère + Diabète Héréditaire

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
12/08/2020	Consultation	1	200ph	
	Evo		100ph	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmasien	Date	Montant de la Facture
	12/08/2020	4821,30

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

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;"> G 21433552 00000000 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



عيادة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

Nuske Boudouka

12/08/2020

89.00 x 2

+ Celebrex 200mg 1 gel/jour repos
x 6 jrs (n°1)

Codoliprone 150mg x 3 jrs

22.20
23.10 x 1 lysosuxie 100mg 10 jrs
30.00 x 10 Forgel 150mg 10 jrs

87.30 x 2 Mobil 5mg 1/2 jrs

1626 x 5

718 mg
Neurovel

4821,30

545 شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60



6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 87DH50



6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
Pharmaceutical Institute
R.S. 289 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 87 DH 50



6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60



6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH



6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH



6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH



6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

284083

P.P.V :

89

89,00

P.P.V :

89,00



6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

T. AV : 01 2023

P.P.V

23 10

ITN° : 1286898

23,10



6118001030989
EXFORGE HCT ○
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

PPV: 22DH20
PER: 05/22
LOT: J1406