

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0029817

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5249 Société : 61097

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YASSINE CARBYSINE

Date de naissance : 01-07-86

Adresse : 447 N. Hollywood Blvd. Suite 720 CA 91605

Tél : 066441363 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/02/2021

Nom et prénom du malade : BENSGHIR Melika Age : 59 ans

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

Nature de la maladie : HTA sévère douleur précardiale

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 : 61097 Le : 23/02/2021

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
23/21 2021	LS ECG Sondage Kn		300 dl	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE INES</b> BENCHIKHEB Dr En Pharmacie Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° CASABLANCA Tél : 0522 50 24 80	23/22/21	479,16

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

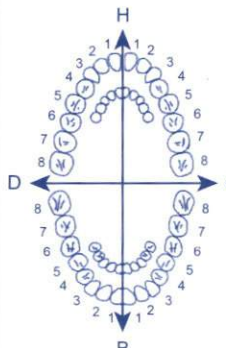
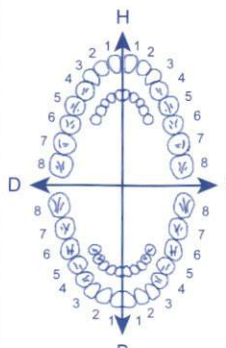
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

23 Février 2021

Mme Malika BENGHAR

23,80 x 3

Askanil 160mg 1/2

41,80

AVlocardyl 40mg 1/2 gélule matin

\* Prezar 100mg 1 gélule mat.

32,50 x 3

Dogmatil 50mg 1 gélule avant le rep.

81,50 x 3

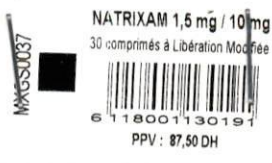
Natrixam 15 / 10mg 1 gélule soir

474,40

Tranquill

Remarquable

Zmair



PHARMACIE INES  
صيدلية إناس  
BENCHIKHI B.  
Dr En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CASA - Tél: 0522 50 24 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: cliniquecalifornie@menara.ma

NATRIXAM 1,5 mg / 10 mg

30 comprimés à Libération Modifiée



6 116001130191

PPV : 87,50 DH

ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30<sup>comprimés</sup> dispersibles

PPV 23DH80  
EXP 10/2022  
LOT 04009 2

ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30<sup>comprimés</sup> dispersibles

PPV 23DH80  
EXP 10/2022  
LOT 04009 2

ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30<sup>comprimés</sup> dispersibles

PPV 23DH80  
EXP 10/2022  
LOT 04009 2