

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

- Reclamation : 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° M21- 071272

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05936

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AYOUT HASSAN

Date de naissance : 14/09/1964

Adresse : HAY MOULAY ABDELLAH RUE 229 NR 4c
ANN CHOU CASABLANCA

Tél. : 0661403847 Total des frais engagés : 1701,60 + 200 + 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

Date de consultation : 12/09/2022

Nom et prénom du malade : elghoul choib

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CASABLANCA

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

Dr Amale ED AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12 09 2022	17 01 20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

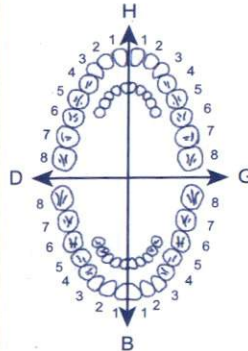
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

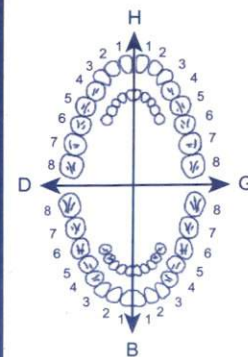
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412	00000000	21433552
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX	
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



مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

Mrs Cheggou cheikh 12/09/2011

195.00 x 6

- Exforge 5/80mg lbg

70.00 x 4

- Civasheve lbg

22.40 x 9

- Aspirin 75mg lbg

49.60

- Dque 250004

At 3 mos x 3 mos

renewable

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

PHARMACIE CHAAB
Rue 226 N° 23-25 Hay
Mij Abdelah, Ain Chik Casa
Tél: 05 22 52 66 17

7 17 01.20

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

NOVARTIS
PPV 195,00 DH

NOVARTIS
PPV : 195,00 DH

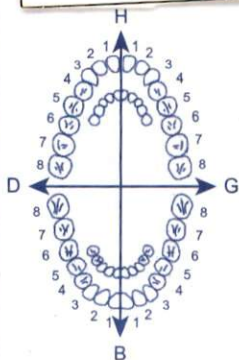
NOVARTIS
PPV : 195,00 DH

NOVARTIS
PPV : 195,00 DH

NOVARTIS
PPV : 195,00 DH



611800103058 3
EXPORGE ○
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
LOT 10010 5
EXP 02/2024
PPV 22DH40

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 5

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 02/2024
LOT 10010 2

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 05/2023
LOT 14010 2

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
LOT 10010 5
EXP 02/2024
PPV 22DH40

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 05/2023
LOT 14010 2

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

DEBUT
D'EXEC

PPV 70DH00
PER 10/23
LOT 82797

FIN
D'EXEC

PPV 70DH00
PER 10/23
LOT 82797

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEF
DES

PPV: 70DH00
PER: 06/24
LOT: L1951

MON
DES

PPV 70DH00
PER 10/23
LOT 82797

DATE
DEVIS


PPV: 49,60 DH
LOT: 22C15
EXP: 03/2025

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	AYOUB HASSANI
Matricule :	03936
N° CIN :	BE455549
Adresse : HAY MOULAY ABDELLAH RUE 229 NR 4c AFN CHOK CASABLANCA	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr Amale EL AMRANI CARDIOLOGUE CLINIQUE CALIFORNIE 545, Bd Panoramique, Californie Casablanca - Tél: 0522 50 80 80
N° ICE :	Spécialité :
N° INPE :	09452025
Certifie que Mlle/Mme, M. : CHEGHAL CHAIRIA	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Ex Forge Cevastine + Aspiracel	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Le 12/09/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Chegdal, Chaibia

ID:

D-mess:

ans,

12-Sep-2022 18:40:21

Fréq. Card.: 77 BPM

Int PR: 152 ms

Dur.QRS: 97 ms

QT/QTc: 327/358 ms

Axes P-R-T: 46 9 54

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

