

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0052212

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4088 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ~~Abdel~~ etrili albohameel
 Date de naissance : 01/10/1944
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/07/2023
 Nom et prénom du malade : BAKAR en ARIFI Meryem Age: 88an
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA sévère
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : HTA depuis 2014
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 10/08/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  <i>Pharmacie Meryem</i> <i>Casablanca</i> INPE: 09204249 19 bis, Blvd Ibnou Sina Tél: 0522 36 23 27 ICE: 002600849000001 <i>Ymo Akhlass Benyahya</i>	Date	Montant de la Facture
	24-23	1051,00
Pharmacie Meryem/INPE 		

[illegible]

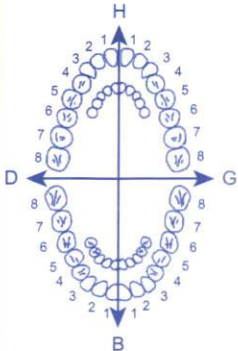
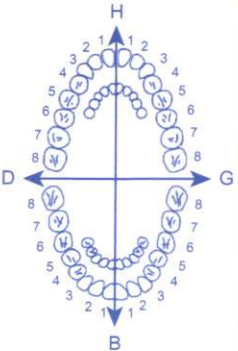
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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			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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

24 juillet 2023

Mme Meryem BAKAR ép ARIF

633000

Tintazide 10/25 1 cp -

4's

600000

D. cure Forte 1AB 1 semaine

1000 4 semaines puis 1AB 15 jours

4's

1000 3 mois

1000 2000 1 gelule matin

1000 000 3

traitement

Renouvelable

1000 1000

Pharmacie Meryem
Casablanca
INPE: 092042456
19 bis, Bvd (bnou) Sing
Tél: 0522 56 33 27
ICE: 002600843000001
Boulevard

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

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

LOT 2 1482
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

63,30

63,30

63,30

63,30

63,30

63,30

Bakar, Meryem

ID:

82 ans, D-naiss: 1941

SpO₂ 97%
TA 14/6 8

24-Jul-2023 11:33:00

Fréq. Card.: 56 BPM
Int PR: 204 ms
Dur. QRS: 118 ms
QT/QTc: 409/400 ms
Axes P-R-T: 48 -24 30

Clinique CALIFORNIE
Professeur BELHAJ Miloud
Maladies Cardio-Vasculaires
et Thoracique
Adultes - Enfants Nourissons
145, Bd. Pasteur - 91000 Evry
Tél: 01 69 76 95 80
Fax: 01 69 76 95 80

