

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-441931

Mme 05936 ND: 31547 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05936

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AYOUI HASSAN

14/09/1964

Date de naissance :

Adresse : HAY MY ABDELLAH RUE 229 NR 4 C ARR 8

Tél. : 0661403847

Total des frais engagés :

17573

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/05/2020

Nom et prénom du malade : Hamam Agaey Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

polyarthrite (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 : CASABLANCA

Le : 19/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Mb=05936

RELEVE 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
10/2016	Conseil Lettre et		2000 1000	INP : 090000084 Dr Amale EL AMRI CARDIOLOGUE Spécialiste Cardiologie 50 80 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAÂB Rue 226 N° 25 Hay M'hamedia, Ain Chok Casa Tél : 05 22 52 66 17	19.5.2020	1557,32

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
		H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> G B				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															



مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء مل 05936
Clinique "Californie" الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Dr Ayoub Hammou 19/05/2020
 205.00 x2 - Cotane SV 100/25mg lcpz/midi
 203.00 x2 - Norephedine SV 300ug Igell/midi
 218.00 x3 - Aspirine SV mg lcpz à midi
 22.40 x3 - Povidone SV 1000ml le soir x1 mois
 23.10 - Lysozyme SV 100ml le matin
 54.00 x2 - Drespatolén doypack 100x25g
 antisept. (wz1)

Pt 3m63
Neonatiste.

PHARMACIE CHAAB
Rue 226 N° 23-25 Hay
M'daress Abdellah, Ain Chok Casablanca
Tél: 0522 52 66 17
Dr Amale EL AMRA
OTHELLO PHARMACEUTIQUE
Clinique Californie Casablanca
545 Boulevard Panoramique Casablanca
Tél: 0522 50 80 80

T: 1557,30

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 - Fax : 0522 50 80 80

العنوان الإلكتروني : E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com



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

M^b-05936

valable 3 mois

Le 19/05/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Docteur El Ammari

Certifie que Mlle, Mme, M. A. Hervé

Présente HTA + S'allete

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // ph^on^e : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6^{ème} étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

