

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.

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.

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 058977

Optique Autres

U5789

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9133 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL YOUSFI LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentielle au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE

OSPITALISATION EN HOPITAL

OSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA

CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1589625

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL Youmi - LATIFA

Matricule : 9133 Fonction : Chef d'Agence Poste :

Adresse : Agence ALMASSIRAT

Tél. : 0522 77 87 15 Signature Adhérent : El Youmi

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL Youmi latifa Né 23/02/67

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : HTA Severe

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A CASA, le 22/09/2020 Professeur M. BELHAJ

Durée d'utilisation 3 mois

Signé par le praticien
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tel: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 98

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
22/09/00	consultation médicale			 Professeur M. BELHAJ Clinique Californie 345, Bd. Panoramique Californie Casablanca - Tel: 0522 50 80 80 Fax: 0522 50 76 98

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature	22.9.2020	1083,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

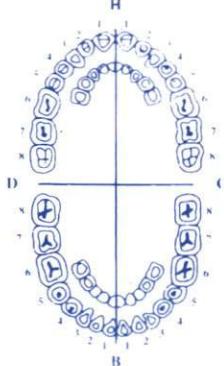
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS





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

valable 3 mois

Le 22/9/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Clinique Californie

545, Bd. Panoramique Crans-Montana

Certifie que **Mme, Mme, M. Casablanca** **Témoignage**
Fax: 02 22 50 76 96

Présente IFTA Senere

Nécessitant un traitement d'une durée de : Très long

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed ben Rue Heintz, Casablanca

FORESTIER M. BELHAJ
Clinique Californie
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tel: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 98



مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

22-09-2020

Mme El Youmi Leïla

361.00x3

Ex forge HCT 101160123mg
1cp/5

S.V

1083.00

Treatment
Renouvelable
3 mois

Dr Belhaj

Professeur M. BELHAJ
Clinique Californie
545, Bd. Panoramique Casablanca - Tel: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 98



545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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

°C).
gine,



uni. Q.I Ain Sébaâ 20590 Casablanca - Maroc.

صانع:

Espagne

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance.

se

احترم الجرعات الموصوفة

لأنجدة 1 - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXP
LOT
MFD

3438

07/2021
BLV72
08/19



uni. Q.I Ain Sébaâ 20590 Casablanca - Maroc.

صانع:

Espagne

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance.

se

احترم الجرعات الموصوفة

لأنجدة 1 - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXP
LOT
MFD



3438

07/2021
BLV72
08/19



3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3438

3