

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 de 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° W21-786486

152685

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>3000</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>FADIL RACHIDA</u>			
Date de naissance : <u>15.10.1956</u>			
Adresse : <u>75 Rue OMAR SLAOUI CASA 20140</u>			
Tél. : <u>0661063696</u>	Total des frais engagés : <u>154,17€</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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 :

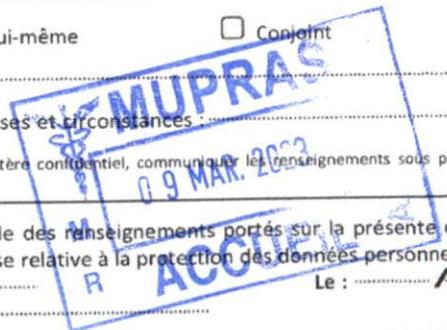
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
				INP : <input type="text"/>

~~HIE PUECHALDOU BOURSE~~
Pharmacie
Place de la mairie
MONTMEYRAN
26120
n° 262002983
Tel 04 75 59 30 04
Fax 09 70 29 14 96

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Date Montant de la Facture
21.02.23 154,17 €

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

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"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000	G	
	35533411	11433553		
B				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	MONTANTS DES SOINS			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D	DATE DU DEVIS			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
B				
DATE DE L'EXÉCUTION				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

27 Janvier 2023.

Mme Rachida. FAOUZI

- Atenor 100mg 1cp x 2/j
- Vasterel 350mg 1cp x 2/j
- Candesal 2mg 1cp x 3/j

Traitement
Renouvelable
6 mois

Clinique " CALIFORNIE "
Projet de l'Institut Médical
Maladies Cardio - Vasculaire
et Thoracique
Adultes - Enfants Nourrissons
545, Bd. Panoramique Casablanca - Californie
Casablanca - Tél.: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 98

Authenticité de
l'ordonnance vérifiée
HIE PUECHALDOU - BOURSE

Place de la mairie
26120 MONTMEYRAN
n° 262002983
Tel 04 75 59 30 04
Fax 09 70 29 14 96

Délivré en
une fois -
cause retour
Casablanca

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

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

PHARMACIE PUECHALDOU BOURSEAU
 . PUECHALDOU & BOURSEAU
 PLACE DE LA MAIRIE
 26120 MONTMEYRAN
 FRANCE
 Tel: 0475593004
 N° SIRET: 39442607600011
 Code NAF: 4773Z - FR72394426076

Page

1 / 1

FACTURE

N°1484/677567

Du 21/02/2023

Date de l'échéance 22/02/2023

FADIL Rachida
 75 RUE OMAR SLAOUI
 CASABLANCA MAROC

Prescripteur : belhaj miloud

N° AM : 261999999

Opérateur: flo P

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
VASTAREL 35 MG 60 CP 3400935724588	PHN	0	6	11,727	10,00%	70,36
N° Ordonnancier : 1038850						
CORVASAL 2MG CPR SECABLE 90 3400932411061	PH7	0	6	9,745	2,10%	58,47
N° Ordonnancier : 1038851						
Honor. dispens. HG7	HG7	0	6	2,703	2,10%	16,22
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
75,19	2,1% (4)	1,58	76,77
70,36	10% (10)	7,04	77,40
Total HT		Total TVA	Total TTC
145,56		8,62	154,17

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	154,17

Reste dû	154,17
-----------------	--------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 10: taux 10.0



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء ،

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

27 Janvier 2023.

Wan Rachida FAOUZ

- Atenor 100mg 1/2 x 2/j
- Vasterel 351mg 1cp x 2/j
- Comresal 2mg 1 cp x 3/j

Traitement
Renewable
6 mois

Clinique CALIFORNIE
Professeur EL HADJ Miloud
Maladies Cardio - Vasculaire
et Thoracique
Adultes - Enfants Nourrissons
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tél.: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 75 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

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

**60 comprimés pelliculés
à libération modifiée**

VASTAREL®

comprimé pelliculé à libération modifiée
Dichlorhydrate de trimétazidine

35 mg

32.20.71

€ 16.15

*60 comprimés pelliculés
à libération modifiée*

VASTAREL®

*comprimé pelliculé à libération modifiée
Dichlorhydrate de trimétazidine*

35 mg

*60 comprimés pelliculés
à libération modifiée*

VASTAREL®

*comprimé pelliculé à libération modifiée
Dichlorhydrate de trimétazidine*

35 mg

*60 comprimés pelliculés
à libération modifiée*

VASTAREL®

*comprimé pelliculé à libération modifiée
Dichlorhydrate de trimétazidine*

35 mg

*60 comprimés pelliculés
à libération modifiée*

VASTAREL®

*comprimé pelliculé à libération modifiée
Dichlorhydrate de trimétazidine*

35 mg

Corvasal® 2 mg

Molsidomine

Voie orale



90 comprimés sécables



CHEPLA
PHARM

Corvasal® 2 mg

Molsidomine

Voie orale



90 comprimés sécables



CHEPLA
PHARM

Corvasal® 2 mg

Molsidomine

Voie orale



90 comprimés sécables



CHEPLA
PHARM

Corvasal® 2 mg

Molsidomine

Voie orale



90 comprimés sécables



CHEPLA
PHARM

Corvasal® 2 mg

Molsidomine

Voie orale



90 comprimés sécables



CHEPLA
PHARM

Corvasal® 2 mg

Molsidomine

Voie orale



90 comprimés sécables



CHEPLA
PHARM