

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.

M22- 0033834

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0941 Société :

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Fitououd Ahmed

Date de naissance :

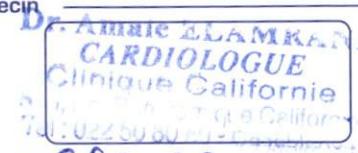
16/5/03

Adresse :

Tél. 0661141760 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/06/2023

Nom et prénom du malade :

Fitououd Nokhlaoui

Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :



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 : *10/06/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 0033834

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
02/02/2024	Consultation	100	20000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Tél: 0522 82 07 55 Gardien: 38 - Casablanca Derb Kabbaj Tél: 0522 82 07 55</i>	<i>10/06/23</i>	<i>1082,50</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODE.

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 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553			CoeffICIENT DES TRAVAUX
	[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



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء .

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Mrs Ait Nouroud Nohilesa 09/06/2013

82,10 ₣ ~~15,30 ₣~~ - Mueller 200g ICP ~~5,95 ₣~~ S.V
15,30 ₣ ~~136,60 ₣~~ Dolamine ICP x 325 ~~5,95 ₣~~ S.V
136,60 ₣ ~~56,60 ₣~~ Brulos 5mg ~~5,95 ₣~~ S.V
56,60 ₣ ~~56,60 ₣~~ Stileox 10mg ~~5,95 ₣~~ S.V

10/06/2013
PHARMACIE MOUSSAFIR
Ziane Ziane Casablanca
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
S45, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 0522 50 76 98 - Casablanca
Déro Kabar N° 38 - Casablanca
Tél: 05 22 82 07 55
CLINIQUE CALIFORNIE
Dr. Amare
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
Casablanca

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

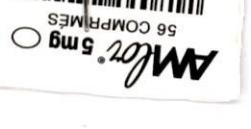
الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55

الموقع الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com - الموقع الإلكتروني : www.cliniquecalifornie.net

90322 01 PER: 08/08/2026

94

118001 020591
60150MP21N00 P.P.V: 82.10 DH
Batch 14



Ait mouloud, Mkhissa

ID:

D-naiss:

ans,

9-Jui-2023 17:43:02

Fréq. Card.: 70 BPM
Int PR: 154 ms
Dur.QRS: 99 ms
QT/QTC: 389/409 ms
Axes P-R-T: 31 -7 34

Dr. Amate KAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
Fax: 0522 50 76 98 - Casablanca

CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
Fax: 0522 50 76 98 - Casablanca

