

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0033834

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0941 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Hitiouloud Ahmed
 Date de naissance : 16/5/00
 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 : Hitiouloud Nohelene 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 :

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

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

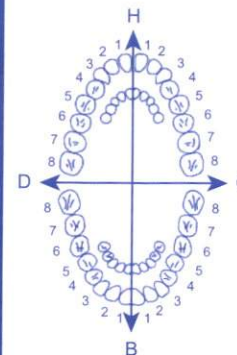
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

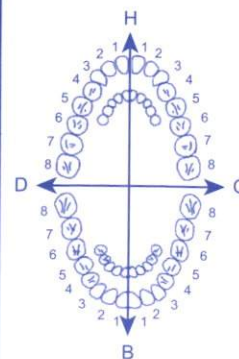
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحدة "كاليفورنيا" الدار البيضاء Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Mrs Ait Noureddine Nohelissa 09/06/2023

82,10 x (3) Inulin 20mg lcp (S.V)
15,30 x (3) Dolamine lcp x 30 (S.V)
136,60 x (3) Amlo 5mg lcp (S.V)
56,60 x (3) Stilex 10mg lcp (S.V)

7/8/2023
Hous
reassure

PHARMACIE MOUSSAFIR
Dero Kabir M. Oued Ziane
Tél: 05 22 82 07 55
545, Bd Panoramique Californie
Tel: 0522 50 76 98 - 0522 52 55 55
CASABLANCA
SAFIR
Ziane
Casablanca
07 55

Dr. Amale EL-AMRI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd Panoramique Californie
Tel: 0522 50 76 98 - 0522 52 55 55
CASABLANCA

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

6 118000 190394
DOLAMINE[®] P.P.V. : 15,30 DH
Boite de 20 comprimés

6 118000 190394
DOLAMINE[®] P.P.V. : 15,30 DH
Boite de 20 comprimés

6 118000 250012
AMKOR[®] 5mg
56 COMPRIMÉS

6 118000 250012
AMKOR[®] 5mg
56 COMPRIMÉS

6 118000 250012
AMKOR[®] 5mg
56 COMPRIMÉS

6 118000 061465
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
LOT : 21ED06
PER : 09 2026

6 118000 061465
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
LOT : 21ED06
PER : 09 2026

6 118000 061465
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
LOT : 21ED06
PER : 09 2026

6 118000 061465
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
LOT : 21ED06
PER : 09 2026

6 118000 061465
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
LOT : 21ED06
PER : 09 2026

6 118000 061465
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
LOT : 21ED06
PER : 09 2026

6 118000 061465
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
LOT : 21ED06
PER : 09 2026

6 118000 061465
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
LOT : 21ED06
PER : 09 2026

6 118000 061465
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
LOT : 21ED06
PER : 09 2026

Ait mouloud, Mkhliassa
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. Amale ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd. Panoramique Californie
Tél : 022 50 80 80

CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique Californie
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
Casablanca

