

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIER POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 Alal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fskir et Rue Alal 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° P19-0004466

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 016046

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARIM med

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : 304 LOT ANNASSIN CASA

Tél. : 0648217810 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Amale ELAMRANI

CARDIOLOGUE

Clinique California

545, Bd Panoramique Calif.

10ème étage - Casablanca

MUPRAS

01 JUL. 2020

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

S

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chet de l'Assurance du Médecin assistant au Cabinet
2020	ordonnance			Chet de l'Assurance du Médecin assistant au Cabinet
2020	Medicale			Chet de l'Assurance du Médecin assistant au Cabinet

13-08 800 ordnance
8 7-9 Medics

13-08-2016 ~~Vehicle~~ ~~1300-1300~~

13.03.2020

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
3-2020			

8

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

de tous

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															
				Coefficient DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">0</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	0		00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
0		00000000																	
B	35533411	11433553																	
G																			
				Coefficient DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

DR Kaderi Delivered 13/08/2006

20,00

- Sirtrome 400mg 1/2 قبض في 18h

208,00

- Dvelox 400mg 1cp x 10fis

20,80

- Bronchobrod saussure 100g x 3fis

51,60

- Taudesform 80mg 1cp x 2fis

61,60

- Colcidex 5mg x 4fis

68,60

- Hepavite 1cp x 8fis autres

25,00

- Faltol 50mg 1cp x 10fis le matin

242,00

- Exfoge 160mg 1/2 قبض 8fis

TA > 150cmmHg

143,60

- Oforkey 100mg 1cp x 8fis



PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY Hicham
Chragui, Sahel et Hiz - Berrechid
tel : 0673 34 22 22

PHARMACIE CHRAGUI
tel : 0522 12 79 20

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 76 98

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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Oroken 200 mg, cp. pel b 8
P.P.V. : 143,60 DH
6 118000 061069



6 118001 100620
TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg
Distribué par Cooper Pharma
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51,60 DH

322084

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables
PPV 25DH00 EXP 04/2023
LOT 02040 3

bronchokod
sirop

Adultes

LOT:1104
PER:03/22
PPV:20,60DH

LOT : M0058
EXP : MAR 2022
PPV : 308,00 DH

LOT : M0058
EXP : MAR 2022
PPV : 308,00 DH

לעיגן 20 - היגיינַה גָּדוֹלַה בְּרָתָתָה

הַמִּזְבֵּחַ

כ 1,54 רְדָא־מִתְּבָא



၁၇၁

L 63 20008
PER AVR 24
PPV 61DH 60

61460

ESI

HEPANAT®

le dieci erbe

Le régulateur naturel du transit gastro-intestinal

ESNAPHARM
Laboratoire



40 comprimés

هيپانات

40 قرص

A consommer de préférence avant fin :

Lot n°

68,60 DH

02/2023
W0510

SYSTEME DE GESTION QUALITE

CERTIFIE ISO 9001:2015

PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI srl ■ ■

Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY esi.it

Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid

Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

EXFORGE®

10 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/10 مغ

أملوديبين/فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Voie orale

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

 NOVARTIS

PPV : 273,00 DH



NOVARTIS

EXFORGE® 10 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/10 مغ

أملوديبين/فالسارتان

28 comprimés pelliculés

أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم
10

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

سينتروم
4 ملغ

Sintrom® 4 mg
Acénoxocumarol 10 comprimés

6 118000181187

PPV :
Exp :
N° Lot :

29 40