

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W19-483338

ND: 42441

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05936

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AYOUT HASSAN

Date de naissance :

14/09/1964

Adresse :

HAY MY ABDELLAH RUE 229 NR 4C
AFN Chell CASABLANCA

Tél. 0661403847

Total des frais engagés : 1349,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/09/2020

Nom et prénom du malade :

Chéguel Chaibé

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous procuration à l'entête 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 : CABULANCA

Le : 01/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

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
19/02/2020	Consultation	200	2000	INP : 092000000 Dr Amale EL ABBADY CATALOGUE Clinique de Californie 24 parfumerie 1er étage 122 40 BL BA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHAAB RUE 226 N° 23-25 Hay Mly Abdellah, Ain Chok Casa Tél 05 22 52 66 17</i>	30.09.2025	Rue 226 N° 23-25 Hay Mly Abdellah, Ain Chok Casa Tél 05 22 52 66 17 13 49,20

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
		INP : <input type="checkbox"/>																							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																							
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																							
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B
H		G																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B		B																							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																							
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																							
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																							
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																									



Clinique "Californie"

Urgences Médicales

ساعة 24



6118001030583

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH



6118001030583

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

Drs Chegdel Chéïebie 30/09/2020

~~296 - HX 4~~

~~Exforge 5/80mg 1cpz~~

~~140 - Oedes 20mg 7s~~

~~21.80 - Polydexte forte amicelle~~

~~22.20x2 Codoliprolee 1cp x 3s~~



6118001030583

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

21,80

PPV: 22DH2
PER: 04/22
LOT: J1344

PPV: 22DH20
PER: 03/22
LOT: J794

Dr Amale EL AHRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545
Casa Tel: 05 22 52 66 17

1349.20

PHARMACIE CHAAB
Rue 226 N° 23-25 Hay
Mly Abdellah, Ain Chok Casa
Tél. 05 22 52 66 17

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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

valable 3 mois

Le 30/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Chouadet Chouadet*

Présente *HTA*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *3 mois*

Dont ci-joint ordonnance : *Bzn*

(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 BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

PHARMACIE
M. Abdellah N° 23-25 Hay
Talibat, Ain Chok Hay
0522 52 66 17 Casab

ChegdaI chaibia,
ID:
D-naiSS:
ans,

30-Sep-2020 12:21:30

Fréq. Card.: 77 BPM
Int PR: 153 ms
Dur.QRS: 94 ms
QT/QTc: 365/397 ms
Axes P-R-T: 45 13 55

Dr Amale ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545 Bd Parorimme Californie
Casa Tel: 022 20 80 80

