

## 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 des données à caractère personnel.

N° W19-441933

LR 684

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	05936	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : AYOUI HASSAN			
Date de naissance : 14/09/1964			
Adresse : N° 55 ALLAL BEN ABDELLAH RUE 229 CASABLANCA			
Tél. : 0661403847	Total des frais engagés : 1304,40 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr Amale EL AMRAKI CARDIOLOGUE Clinique California 22 rue Mohamed Fakir Casablanca 20000			
Date de consultation : 30/09/2020			
Nom et prénom du malade : Hassan AYOUI Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA séquelle			
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 à caractère personnel.  
Fait à : CASABLANCA Le : 01/10/2020  
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
20/01/2012 Consultation Ergo	2000	1000	INP : 0550000871 Dr Amélie ELAIS CARIOLOGUE Clinique California 11 rue Jeanne d'Arc 75008 Paris	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE CHAHIDI</b> Rue 220 N° 23-25 Hay My Abdellah, Ain Chok Casab. Tél : 05 22 52 66 12	30.09.2023	13.04.15

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

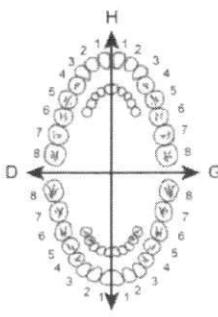
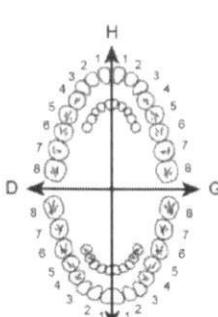
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D																				
	00000000																				
	35533411																				
	B	11433553																			
	G																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		



Clinique "Californie"

Urgences Médico-

ساعة 24/2

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH  
5 118001 081233

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 081233

Mrs Ayous Hassan

30/09/2020

205.00  
Rue 226 N° 23-25 Hay  
My Abdellah, Ain Chok  
Tél. 05 22 52 66 17

NS

218.00  
COTAREG 160/25 mg 1

NS

224.00  
ASKARDIL 75 mg 1

NS

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem Ip300mg  
gelules b28  
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 081233

5 118001 081233

6 118001 030132

COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés

PPV : 205.00 DH

6 118001 030132

COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés

PPV : 205.00 DH

6 118001 030132

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40  
EXP 06/2022  
LOT 90012 2

Dr Azzale EL AMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
545, Bd Panoramique Casablanca  
Tél: 05 22 50 80 80



شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء 545

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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

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. : Ayoub Hamou

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto: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



Ayouj , Hassann

ID:

D-naiss:

ans,

30-Sep-2020 13:02:14

Fréq. Card.: 60 BPM  
Int PR: 153 ms  
Dur.QRS: 98 ms  
QT/QTc: 381/382 ms  
Axes P-R-T: 52 36 12

Dr Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique California  
545, bd Parmentier Casablanca  
Casa Tel: 022 50 86 63

