

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.

Diagnostic 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 canaux, 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 canaux.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048522

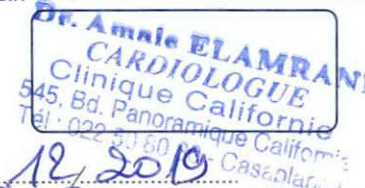
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **14733** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0586** Société : **RAM**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **ZERROUK MOHAMED**
Date de naissance : **01.06.1937**
Adresse : **MAY EL INARA 1. CASABLANCA**
RUE 16 N° 31
Tél. : **06 60719761** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **26/12/2019**
Nom et prénom du malade : **Boutiaue ep Zerrouk Sia** Age : **19 ans**
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **HTA**
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **31 DEC 2019**

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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

26/12/19 Conseil 2000h 1050h

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



26/12/19

1676,72

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

1976,70

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

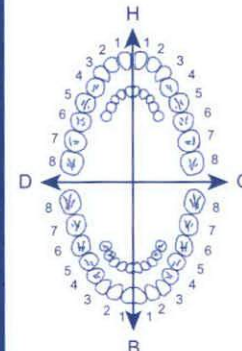
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

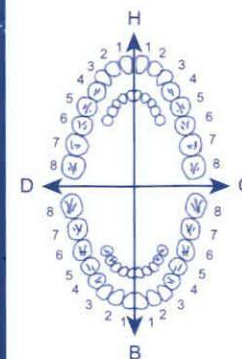
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

26/12/19



Clinique "Californie" مطبة "كاليفورنيا" الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h
مستعجلات 24/24 ساعة

Mrs Boutraou ep Zennouk Sfia
~~361.00 x 3 = 1083.00~~
 - Exforge 160/100 mg 1 cp met
~~162.00~~
 - Nebilet 5 mg 1/2 cp met
~~30.70 x 3 = 92.10~~
 - Kaudexin 75 mg 18 cp met
~~51.00 x 5 = 255.00~~
 - Targemid 500 mg 1 cp x 3
 84.00 - Thromax 18 cp (as).

At 3 mois
 Alerte



1676140
 Dr. Amel BLAMANT
 Clinique Californie
 545 Bd Panoramique
 Tél: 022 50 80 80 - 0522 52 55 55

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

العنوان الإلكتروني: E-mail: cliniquecalifornie@menara.ma // cliniquecalifornie@gmail.com

728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

LOT: 19E003
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



6 118000 061847

LOT: 19E003
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



6 118000 061847

LOT: 19E004
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



6 118000 061847

THERAMAG
300 mg B6

Lot:
A consommer de
préférence avant le:
PPC: 84,00 DH

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60



6 111261 640042



611800103060 6

EXFORGE

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 361,00 DH



611800103060 6

EXFORGE

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 361,00 DH



611800103060 6

EXFORGE

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 361,00 DH

Bouziane, Sfia
ID:
D-naiss:
ans,

26-Dec-2019 09:29:25

Fréq. Card.: 59 BPM
Int PR: 141 ms
Dur. QRS: 101 ms
QT/QTc: 413/413 ms
Axes P-R-T: 15 9 68

Dr. Amale ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
515, Bd. Panoramique Californie
Tél: 022 50 60 30 - Casselania

