

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.

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° P19-0048524

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0586 Société : ND: 28102
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZERROUK Mohamed
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0660 71 94 61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Amale ELAMRANI CARDIOLOGUE Clinique Californie 545, Bd Panoramique Californie
Date de consultation : 16/04/2020
Nom et prénom du malade : Boutheine Sfia Age : 1946
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA seule
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 : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048524

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 : 0586
Nom de l'adhérent(e) : ZERROUK
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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

16/04/2020 Consultation CC

Amale EL AMRANI
Dentiste
54500 Casablanca
Tél: 05 22 21 80 76

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
Av. 2 Mars F. Orange Inara I
Casablanca - Tél.: 05 22 21 80 76

16/4/20 1872,30

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 :

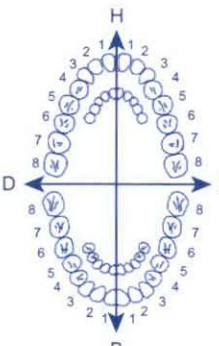
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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
00000000

G

00000000
35533411

B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

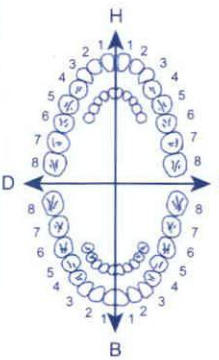
MONTANTS DES SOINS

[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



مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Que Boutique Stia

16 Amil 2020

~~36100 x 3 = 108300~~

~~Exfre 160000 lpb~~

~~16260 x 2 = 32520~~

~~2070 x 3 = 6210~~

~~Exfre 20000 lpb~~

~~5100 x 4 = 20400~~

~~8400 x 2 = 16800~~

~~Therema 18000 lpb~~

Ad 2mols

187230

Dr Amale ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd Panoramique
Casa Tel: 0522 50 80 80

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
34, Av. 2 Mars Prolongée Inara I
Casablanca - Tel.: 05 22 21 09 76

545 , شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 : الهاتف

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

Epoque ZERROUK
Me. 0586

⊗ Tanganil® 500 mg
تانجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg
تانجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg
تانجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg
تانجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

KARDECIG 75MG
SACHETS B30

P.P.V.: 30DH70



6 118000 061847

KARDECIG 75MG
SACHETS B30

P.P.V.: 30DH70



6 118000 061847

KARDECIG 75MG
SACHETS B30

P.P.V.: 30DH70



6 118000 061847

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60

THERAMAG®
300 mg B6

Lot:

A consommer de
préférence avant le:

PPC: 84,00 DH

THERAMAG®
300 mg B6

Lot:

A consommer de
préférence avant le:

PPC: 84,00 DH



611800103060 6

EXFORGE

10mg/100mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 361,00 DH



611800103060 6

EXFORGE

10mg/100mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 361,00 DH



611800103060 6

EXFORGE

10mg/100mg

28 comprimés pelliculés

PPV: 361,00 DH