

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

adiologie 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.

éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allai 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

Nº P19-048524

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0586

Société :

ND: 28/10/2

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zemouk Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660 21 9961 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

clinique
545 Bd Panoramique
Tél: 05 22 20 80 00
Fax: 05 22 20 80 55

Dr Amale ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique California
Bd Panoramique California
545, 2020 Tel: 05 22 20 80 00

Date de consultation :

Nom et prénom de malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº 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 :

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
16/04/2020	Consultation			<i>Amale EL AMRANI C.A.D.I.O.L.O.G.U.E. Panoramique California Tel: 05 22 21 90 40</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MOUSSINE MOUSSINE Leila AV. 2 Mars Polyclinique Inara Casablanca - Tel: 05 22 21 90 16</i>	16/4/20	1872130

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, 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	21433552 00000000	G 00000000 35533411	B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					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

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

16 April 2020

Dues Boutique Sfia

~~361,00~~ $\times 3 = 1083,00$

~~- Exchange~~ 160 Dhs lcfb SV

~~162,60~~ $\times 2 = 325,20$

~~- Velocity~~ Sme 1/2 cfb SV

~~301,70~~ $\times 3 = 92,10$ Dhs 184,10

~~- Laundry~~ Dhs 184,10

~~51,00~~ $\times 4 = 204,00$ lcfb x 31 SV

~~100,00~~ Dhs 100 Dhs lcfb SV

~~84,00~~ $\times 2 = 168,00$ Thiersma lcfb Sme

Al 2 mols

1872,30

Dr Amale ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 0522 50 80 80 Fax: 0522 52 55 55

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

شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء 545

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55

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

Epouse ZERROUK

Mle. 0586

Tanganil® 500 mg
تابجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص
VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

Tanganil® 500 mg
تابجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص
VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

Tanganil® 500 mg
تابجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص
VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

Tanganil® 500 mg
تابجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص
VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

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

**THERAMAG®
300 mg
B6**

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



611800103060 6

EXFORGE ○

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés ○

PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés ○

PPV 162DH60