

**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.

**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.

**Prothétique :**

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**

clémation : contact@mupras.com  
se en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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

63503

**Déclaration de Maladie : N° P19-0017957**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1929

Société : R.A.M.

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : Zaghoul Nabil Date de naissance : 14/10/56

Adresse : Extissement laïma Lot Lulus

Tél. 06.61.18.76.61 Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/12/2020

Nom et prénom du malade : Nabil Zaghoul Age : .....

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : H.T.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème 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) : M



**VOLET ADHERENT**

**Déclaration de maladie N° P19-0017957**

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 : 1929

Nom de l'adhérent(e) : Zaghoul Nabil

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
09/12/2020	Consultation	1000.00	1000.00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ESPRESSO 24	09/12/20	2529,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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.

## REFERENCES

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	B 35533411		B 11433553	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'EX



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضا .

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

Mr. Nabih Zaghibi 09/12/2020

13 1,50

27,70 ~~areg son~~ lcp son

27,70 ~~coedication~~ lcp son

116,80

lcp ahl 100g x 35

21,50

Digreligne lcp x 35

63,20

Pyridox lcp

2529,70

7x6 mas  
neomilliste

PHARMACIE DE LAMOUN SARL AU  
381781 - Tél. : 05 22 93 29 77 - Fax : 05 22 93 29 89  
RC : 381781 - Tél. : 05 22 93 29 77 - Fax : 05 22 93 29 89  
ICE : 001850225000089  
AHDY Inhouse Lissasstra  
LAMOUN SARL AU

PHARMACIE DE LAMOUN SARL AU  
381781 - Tél. : 05 22 93 29 77 - Fax : 05 22 93 29 89  
RC : 381781 - Tél. : 05 22 93 29 77 - Fax : 05 22 93 29 89  
ICE : 001850225000089  
AHDY Inhouse Lissasstra  
LAMOUN SARL AU

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضا  
LAMOUN SARL AU

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

الموقع الإلكتروني : [cliniquecalifornie@gmail.com](mailto:cliniquecalifornie@gmail.com) - العنوان الإلكتروني : [www.cliniquecalifornie.net](http://www.cliniquecalifornie.net) - Site web :

maphar O  
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636

maphar O  
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636

608070A

maphar O  
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636

608070A

maphar O  
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636

608070A

maphar O  
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636

6118001030316  
TAREG 80 mg O  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 131,50 DH

6118001030316  
TAREG 80 mg O  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 131,50 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

PPV 27,70 DH 50  
PER 1/22  
LOT J 3097

MIGRALGINE®  
18 GELULES O  
611800040538

6118001030316  
TAREG 80 mg O  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 131,50 DH

6118001030316  
TAREG 80 mg O  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 131,50 DH

6118001030316  
TAREG 80 mg O  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 131,50 DH

6118001030316  
TAREG 80 mg O  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 131,50 DH

6118001030316  
TAREG 80 mg O  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 131,50 DH

6118001030316  
TAREG 80 mg O  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 131,50 DH

ZI... 101

15 comprimés pelliculés

48,20

6 118000 020158



# Clinique "Californie"

545, Bd Panoramique Californie  
Tél: 0522 50 00 80 / 52 55 55  
Casablanca, le 00/12/2022

Le Docteur ELATIRANI  
prie Mme ZAGHLOUL MADILA

d'accepter l'expression de ses sentiments  
distingués et lui présente suivant l'usage,  
sa note d'honoraires pour

consultation à ECG

S'élevant à la somme de 300, Dhs

Clinique CALIFORNIE  
545, Bd Panoramique Californie  
Tél: 0522 50 00 80 / 52 55 55