

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

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.

Optique 65948  Autres

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6640 Société : RATI

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TOURBY BOUCHAIB

Date de naissance : 25/01/1960

Adresse : Rue 39, N° 45/47 LAYMOHN2, CASABLANCA

DAROC

Tél. : 064.312.716 Total des frais engagés : 620,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Adil KHOUBIL**  
Professeur Agrégé  
Psychiatre - Psychothérapeute

**MUPRAS**

**15 AVR. 2021**

**ACCUEIL**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/03/2021

Nom et prénom du malade : TOURBY BOUCHAIB

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DS PRS XHINON

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 : CASABLANCA Le : 05/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : TOURBY BOUCHAIB

## **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
23/03/2021	61857	3333	502,00	Dr. Adil KHOUBILA Professeur Agrégé Psychiatre - Psychothérapeute

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
22, Angle Rue Abourrouss et Pains St Saint-Ferme Béziers T.MARS 2021	23-3-21	120.10

## **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				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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

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

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**

23/03/2021

Toulby

Rim

120,10<sup>1)</sup>

VSNJSP

150

165L

/

Jour

UN

mois

**KR**

lafaxine  
olongée

LOT : KA02422  
PER : AVR 2023  
PPV : 120 DH 10

(S.Y.)

KA014748

**RPHARMACIE GHAFIRI**  
Tél. 0522 25 06 45

?? MARS 2021

22, Angle Rue Abou'Rous et Bd des  
Terrains de Sport - El Meleha - Casablanca

**Dr. Adil KHOUBILA**  
Professeur Agrégé  
Psychiatre - Psychothérapeute

**Clinique CALIFORNIE**  
545, Bd Panoramique, Californie  
Tél: 0522 50 80 80 - 52 55 55  
Fax: 0522 50 76 98 - 52 55 55

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

الموقع الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com - العنوان الإلكتروني : Site web : www.cliniquecalifornie.net