

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### itions 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.

### rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facturé 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.

### ique :

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.

### ntaire :

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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010545

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 425

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LARAKI Mehdi

Date de naissance : 1/1/1988

Adresse : Angle Boulevard Ghandi Rue Ahmed

EL KADIMIA RIVIERA casa

Tél. 0522238211 Total des frais engagés : 1652,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/09/2021

Nom et prénom du malade : LARAKI Mehdi

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie hypertensive + ALD + Infarctus

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Pulmonaire

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 : 21/9/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### 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'Hor  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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

**DR AMAL ET LAURENT**  
**CARDIOLOGUE**  
 Clinique Californie  
 545, Bd Panoramique Californie  
 Casa Tél: 0522 50 80 80

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**PHARMACIE BEYROUTH**  
 99 Bis Rue Beyrouth  
 Tél: 05 22 85 59 48

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan d

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

Dr. Loubi Delidi 15/09/2011  
3430 - Aldactone 50mg (n°1)  
1460 - Furilan 200mg x 21j (n°1)  
3470 - Xarelto 100mg x 10j (n°4)  
x 3  
3800 - puerperon 100mg x 10j (n°1)  
2460 - potasie 100mg x 10j (n°2)  
6900 - Nometil 1g x 1j (n°1)  
2350 - Verbanil 100mg x 10j (n°1)  
9800 - Zamuox 1g x 1j (n°1)  
2640 - Tobrex Collyre 1g x 3j (n°2)  
x 7  
2050 - Kevanic 500mg x 7j (n°1)  
4100 - Imobane 75mg x 1/2 (n°1)  
PHARMACIE DE ROUTE  
99 Boulevard Panoramique  
Tél. Fax : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55

Dr Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE

Clinique Californie  
545, Bd Panoramique Casablanca  
Cas. Tél. 0522 50 80 80

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

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



LOT: 210052  
DLUO: 01/2024  
69,00 DH



23,50

PPV 24DH60 EXP 09/2023  
LOT 080301

**POTASSIUM  
LAPROPHAN®**

**Sirop — 125 ml**

PPV : 98 DH 00

**FURILAN® 5 Ampoules injectables**

PPV 19DH60

EXP 11/2023  
LOT 08019 4

Xarelto® 10 mg / 10 cps  
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH  
Bayer S.A.



6 118 001 090648

Xarelto® 10 mg / 10 cps  
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH  
Bayer S.A.



6 118 001 090648

Xarelto® 10 mg / 10 cps  
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH  
Bayer S.A.



6 118 001 090648

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Tavanic 500mg, cp pel b7  
P.P.V : 205,00 DH



6 118001 080830

LOT N°:

UT. AV.

P.P.V.

39,30  
39 30

09366132/4

41,80

26,40

26,40

38,20