

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

0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

N° W21-651978

101927

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04930

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BABA HA SSAN

Date de naissance :

07/31/64

Adresse :

Ha Sabill

Tél. :

0666199817

Total des frais engagés : 895 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. O. MANSI SIAOUI
Professeur en Rhumatologie
CASABLANCA

Date de consultation :

4/11/22

Nom et prénom du malade :

Baba Hassan

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

arthrose

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 :

05/10/22

Le : 05/10/22

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-651978

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 : 04930
Nom de l'adhérent(e) : Baba Hassan
Total des frais engagés : 895 Dhs
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
6/11/2020	CS		100000	INP : 091036719 Pr. AMAROGLAOUI Médecin en Radiologie CASABLANCA

092024546 EXECUTION

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL JAWDA AAOUATIF Kamal Hay Raja 1, Rue 6 N Bournazel Lebanon Tel: 0622 72 70 55	25/11/21	495,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, rément, adjonction]

[Création, remonté, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	00000000		35533411 11433553	
H	21433552										
D	00000000										
00000000											
35533411 11433553											
B	G										
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

25/11/21



PPU: 26/06/2025
PER: 06/2025
LOT: 14221008

Baba Hassan

26/11

Acfol 5mg : S.V
1cp lundi

PHARMACIE AL JAWDA
AAOUATIF Kamal
Hay Raja 1, Rue 6 N°1 Bournazel
Casablanca . Tel: 0522 72 70 55

jeudi

3 kom

Pr. O. MKNIST SLAQUI
Professeur en Immunologie
CASABLANCA

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 21/12/2012

ORDONNANCE

Docteur :

Dr Baba Hassan

Dr Norme 200

5 gttes/jour
dans de lait
au pr déjeuner

Dr. MIMASSI SLIMANE

Service de
Rhumatologie

0 051120 054201	
Lot:	210627
A consommer avant le:	09/2024
PPC : 89,50 DH	

48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

1, Quartier



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

DOLENIO 589mg
60 comprimés pelliculés



6 118001 310104

PPU: 190DH

Lot: AA0299003

EXP: 06/2022

6/11/21

PPU: 190DH

Lot: AA0299003

EXP: 06/2022

Baba Hassan

Argent
380g
Dolenio:



PHARMACIE AL JAWDA
AAOUATIF Kamal
Hay Raja 1, Rue 6 N° 1 Bournazel
Casablanca, Tel: 0522 727055

Pr. O. MKNISI S. AOUA
Professeur en Pathologie
Chirurgien

I cp matin

NOIR

après les repas
3 mois

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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