

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

*Mass*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5149 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YASSINE LATKASSINE

Date de naissance : 01-01-1988

Adresse : AM Souley Abellal. Rue 72 N°73 Casablanca

Tél. 06644369

Total des frais engagés : 981,12 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

*Centre CALIFORNIE  
Professeur BELHAJ Miloud  
Maladies Cardio - Vasculaire  
et Thoracique  
Adultes - Enfants Nourrissons  
SAS, Bd. Panoramique Californie  
Casablanca - 2013  
Tél. : 0522 507692  
Fax : 0522 507692*

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/12/2023

Nom et prénom du malade : BENSGHIR HAFNIKA Age : 60

Lien de parenté :

Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : BENSGHIR HAFNIKA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 FEV 2023

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 : 30/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : Y

## 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
3/1/23	CS + CLA	Salzke	300.26	Dr. Salzke
				et Enseignante à la Clinique de la Maternité et Panoramique à Encino Nouveau Mexique - Tel: 0522-5080 ext 38
				0522-5076-38
				0522-5080-38

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE INES BEN CHAIB B. Dr En Pharmacie Houm Moulay Abdellah Rue 70 t. 1 marrakech 402480</i>	<i>20/01/23</i>	<i>770.10</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires



#### **RELEVE DES FRAIS ET**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte et le résultat.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses



6 115001130306  
TRIPL<sub>1</sub>XAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 18.00 Dh  
Service Maroc - Casablanca

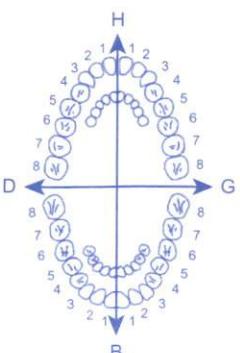
### **COEFFICIENT**



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEURE MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



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

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## **مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء**

**Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h**

مستعجلات 24\24 ساعة

30 janvier 2023.

Mme Malika BENSGITIR

23.02.28

~~23~~ 80/2  
Askarntid 1609 1 sep 5  
187100 v3

The logo consists of a stylized blue 'K' and 'S' intertwined.

184100 x 3

• Trippix am 10/25/10 mg/kg

# S9. Enrofloxacin Sulfate

Olga

22109

22100 Cedol 500g 1cp x 3½ g en de  
sif 15

99. *Cephaleia*  
Sedes. Agel 13

~~Trainer's Name~~  
DARIE MURKIN

~~SHARMA~~  
~~W.L.~~  
~~SENCHINA~~  
Harmaline Pharmacy  
Harmaline Sandoz 60 24 40  
Basic 11 022 60 24 40  
Mumbai

A photograph of a business card or document. The card features a large, faint blue stamp impression of the word "PHARMACEUTIQUE" repeated twice, with "INNES" at the bottom. A handwritten signature "Bo Bellamy" is written across the center of the stamp. To the left of the stamp, there is handwritten text: "HRY MOLYU Adreßlinie 75 n.", "GSA - TAI 0622 60 24 80", and "BENCHIKHI B".

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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