

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 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.

Adresses Mails utiles

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

MUPRAS : 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



Déclaration de Maladie

M22- 0014959

151669

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKKAZENE Mohamed

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : Lotissement Zahra Rue 8 n°1

Ain chok - Casablanca

Tél. : 0667164605 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr Amale EL AMRANI

CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/02/2023

Nom et prénom du malade : AKKAZENE Mohamed Age : 69 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hétéro + Malade

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casa Le : 07/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/04/2023	Consultation	1	2000	
			1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/04/23	297,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h | 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

Dr Mohamed AKKACHE 07/02/2023

- Prescrire 300mg lps' k80n' 99,00x3



Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

Pharmacie Oued El Mekhazine
Mohamed Amine BENNANI
1, Lot Oued El Mekhazine - Kin. Oued El Mekhazine
Tél: 0522 52 76 17 E-mail: bennani dr@gmail.com
INP: 052046754

T = 297,00

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

30 Comprimés à avaler

sans sucre
sans sel
sans gluten



30
COMPRIMÉS

Magnésium 300 mg
+ Vitamine B6

Magmine

Magmine

Magné. MBA5 0725 g
+ Vita. LOT PER

Prix

99.00



30 Comprimés à avaler

30 Comprimés à avaler

sans sucre
sans sel
sans gluten



30
COMPRIMÉS

Magnésium 300 mg
+ Vitamine B6

Magmine

Magmine

Magné. MBA5 0725 g
+ Vita. LOT PER

Prix

99.00



30 Comprimés à avaler

30 Comprimés à avaler

sans sucre
sans sel
sans gluten



30
COMPRIMÉS

Magnésium 300 mg
+ Vitamine B6

Magmine

Magmine

Magné. MBA5 0725 g
+ Vita. LOT PER

Prix

99.00



30 Comprimés à avaler



Clinique "Californie"

Casablanca, le 07/02 2023

Le Docteur ELAMRANI

prie M R. AKKAZENE Mohamed

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

consultation + ECG

S'élevant à la somme de 300,04 Dhs

CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd. Panoramique Californie
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
Fax: 0522 50 76 98 - Casablanca

Akkazene, Mohamed

ID:

D-naiss:

ans,

7-Fév-2023 12:22:28

Fréq. Card.: 62 BPM

Int PR: 166 ms

Dur. QRS: 152 ms

QT/QTc: 399/403 ms

Axes P-R-T: 62 -67 66

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Essaïdienne - Tél: 0522 50 80 80

