

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

194167

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 339

Société :

R A M

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AILI EL HOUSSINE

Date de naissance : 30/16/1949

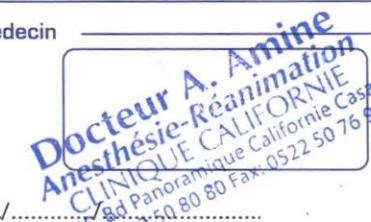
Adresse : CTE OLFIA G-1 K Rue 162 N° 13
Casablanca

Tél. : 05 22 90 04 69

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Docteur A. Amine
MUPRAS

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 : 08 FEV. 2024

Le : 5/1/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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
05/01/2024	CH		250,00€	Docteur A. MIRIE Anesthésiste Clinique 555, 95100 Paris Tel: 0522 50 80 80 Fax: 0522 50 76 98

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. L. MASSIE - Hôpital Saint-Louis - Paris - Tél: 01 45 22 89 51 77	1/1/24	426,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

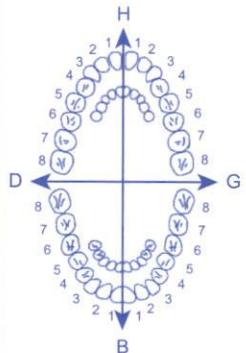
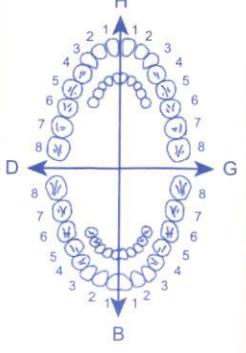
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	
	D	00000000 00000000	B	
		35533411 11433553		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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

5-1-2024

n°^{me}

AILI MENANA

6x142.00 - ORTIZ 2mg 1 gel x 2 1/2 6 blets

2x44.80 - corbosyfone 2 gel x 2 1/2 2 Bales

3x14.00 - Doliprane 1g 1cp x 3 1/2 3 Bales

1x27.50 - spasfon 1 cp x 3 1/2 1 Bales

1x15.70 - Topalexil susp 1 ca x 3 1/2 1 flacon

- Fucitame crème 1applic x 3 1/2 1 tube

426-80

Pharmacie Massira Hassania
Dr. HAOUIZIR
Lot Massira Hassania Rue 6 - Casablanca - Tél. 0522 50 77 77

Docteur A. Amine
Anesthésie - Réanimation
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique - Casablanca - Tel. 0522 50 80 80 Fax 0522 50 76 98



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

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

PPV: 14DH00
PER: 10/26
LOT: M3394

PPV: 14DH00
PER: 10/26
LOT: M3405



Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE
Boîte de 48 gélules (24 doses)
PPV 44.80 DH

6 118001 070886

EXP: 01-2026

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE
Boîte de 48 gélules (24 doses)
PPV 44.80 DH

6 118001 070886

