

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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

M23- N° 0033238

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 941 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ait Mouloud Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 141760 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Saïd BENCHEKROUN
Hématologue
CLINIQUE CALIFORNIE
Casablanca
Tél: 0522 50 80 80 / 0661 75 61 97

Date de consultation : 14/02/2024

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

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

17/2/24 C 400gh [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE MOUSSAÏR
Gare de l'Est - Casablanca
Derb Kabir N° 38 - Casablanca
Tél : 05 22 82 07 55

17/10/24 106,10

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 :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

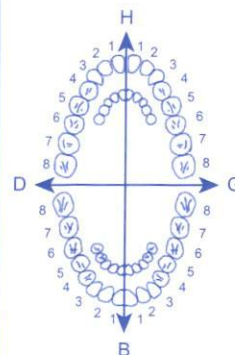
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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



مصلحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء Clinique " Californie "

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Dr Said BENCHEKROUN
Hématologue
CLINIQUE CALIFORNIE
Casablanca
Tél: 0522 50 80 80 / 0561 75 61 97

Dr Said BENCHEKROUN
Hématologue
CLINIQUE CALIFORNIE
Casablanca
Tél: 0522 50 80 80 / 0561 75 61 97

17.2.24
New Art Nouvel -
No khlema .

1 - Fuma fer 4cp/j .

40,50 ou 20 Tarabyferm 80 S.S.
2cp/j .

25,10 4 mois S.S.
2 - utc. 1cp/j

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

Dr Said BENCHEKROUN
Hématologue
CLINIQUE CALIFORNIE
Casablanca
Tél: 0522 50 80 80 / 0561 75 61 97

PHARMACIE MOUSSAFIR
Dr A. Bouicham
Gare Routière - Ziane
Derb Kabir N° 38 - Casablanca
Tél: 05 22 82 07 55

545، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

319334



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPV : 40.50 DH

319334



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPV : 40.50 DH

Vita C1000®

EXP 09/2026
LOT 36038 14

PPV : 25DH10

Vita C1000®
20 comprimés effervescent



6 118000 032076