

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

A 96800

Déclaration de Maladie : № S19-0046227

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4236

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HARAKAT Wafa

Date de naissance : 25-06-1950

Adresse :

Dar Dalak rue Jel Appartement 100m

Tél. :

0663444000 Total des frais engagés : 797 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AKRIM Mohamed
Cardiologue Interventionnel
N°PE: 871303283

Date de consultation :

10-01-2024

Nom et prénom du malade :

HARAKAT Wafa

Age: 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hyper tension artérielle + palpitations

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 : 24/02/2024

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
10/02/24	300,00	CLINIQUE CALIFORNIA 545 Bd Panoramique-Californie Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 Fax: 0522 50 78 99 - Casablanca	DR AKRIM Mohamed Cardiologue Interventionnel INPE: 071303283	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. SOURI Melle E. A. M. MOUNA 7 Rue Am Azeroual Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85	10/02/24	497,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 35533411 11433553	<input type="text"/>	
	D 00000000	00000000	B 00000000	<input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. An arrow labeled 'D' points to the left side of the upper arch,					



Clinique "Californie"

CLINIQUE CALIFORNIE

545, Bd Panoramique Californie

Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55

Fax: 0522 50 76 98 - Casablanca

Casablanca, le

10/02 2024

Le Docteur AKRIM Mohamed

prie Mme Wafa HARAKATI

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

Consultation

Hypertonie - Palpitacions

S'élevant à la somme de 300,- Dhs

Dr AKRIM Mohamed

Cardologue Interventionnel

INPE: 071303283



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء " Clinique " Californie "

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Le 10/02/24

PHARMACIE LA SOURCE

Melle EL MOUTINI MOUNA

Docteur en Pharmacie

7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L.

Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85

239, Pme. HARAKAT WAFA

1) NATRIXAM 299 x 3 AS 115 دج

3 1 قپ لج. pdt 3mis
non renouvelable

2) FITOPOLIS 59,5 x 2 AS Comprimés

2 1 قپ x 3lj pdt 10jours

3) TOPLEXIL Sirup AS

2 cuillère x 3lj pdt 10j

Dr AKRIM Mohamed

Cardiologue Interventionnel

INPE 071303283

545، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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

4 / NURAX , Syrup

PHARMACIE LA SOURCE
Melle EL MOUMNI MOUNA
Docteur en Pharmacie
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L
Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85

Ecuillée x 31j

pdt.

1mrs

123,6

5 /

INEXIUM



40 J

N
497,00

140lj

pdt 3mrs
remarquable

رقم المجموعة /

تاريخ التصنيع /

14011124

6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg O
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

Exp
تاريخ
انتهاء
الصلاحية

Lot / رقم المجموعة /

Fab / تاريخ التصنيع /

14011124

6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg O
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

Exp
تاريخ
انتهاء
الصلاحية

Lot / رقم المجموعة /

Fab / تاريخ التصنيع /

14011124

6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg O
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

LOT: 22,349
PER: 01/2026
PPC: 59,50DH

FITOPOLIS
Comprimés à sucer

FITOPOLIS
Comprimés à sucer

LOT: 22,349
PER: 01/2026
PPC: 59,50dh

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
PER.: 10/2025
P.P.V: 14DH70

6 118000 060901

MAY-26
ZPWN
JUN-23

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir benn al aquam roches
nosires casablanca
INEXIUM
40 mg
Boite 14
6115DMP/21INEXIUM P.P.V: 23,60 DH
6 118001 020607