

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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 : N° P19-0003765

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23579**

Matricule : **2718** Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **EDDARI KEBIR** Date de naissance :

Adresse : **18 IMPASSE AZEONA OUY, CASABLANCA**

Tél. : Total des frais engagés : **1281,10** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **03/02/20**

Nom et prénom du malade : **Edhari Kebir** Age :

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

Nature de la maladie : **rhumatologique**

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 :

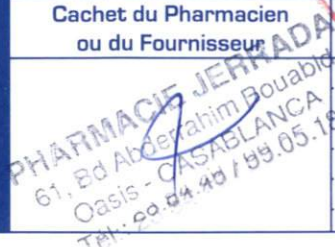
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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
3/2/20	CS		100 DH	
12/02/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/02/20	666,60 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
21/02/20	12/02/20		119,80 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

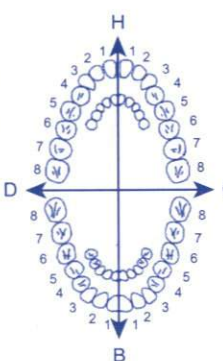
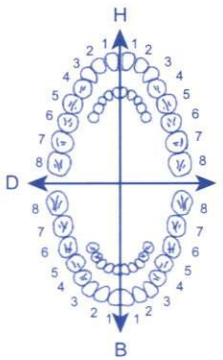
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXEC



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

3/2/20

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél : 23.54.49 / 99.05.13

Mr Eddari Kébir



Structure 500

3x 222.00

666.60

1 gel matin
soir

après le repas

3 jours

STRUCTUM 500MG 60
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

Signature of the pharmacist, with a circular stamp of Pharmacie Jerrada.

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

العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@menara.ma // cliniquecalifornie@gmail.com



BILLET D'EXAMEN

Date : 19/02/2020

Prénoms - Nom du malade : EMAR Y KHEBIR

Service : CHU N° d'admission : 0000000000

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p><i>Handwritten notes:</i> Doules du pied à l'athlisme RX de la cheville</p> <p><i>Red circular stamp:</i> CHU IBN ROCHD - CASABLANCA</p>	<p><i>Handwritten notes:</i> en charge ++</p>

Le médecin traitant
Pr. RAHMI MOHAMED
Traumatologie - Orthopédie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Pr. Mohamed RAHMI
Traumatologie - Orthopédie
INPE - 091037382

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

KMSAR MOHAMED
Adm. des Hôp.

N° 422119

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>Dr. Derville AT</i>	
Total	<i>MR. 60</i>

le

21/07/20

Signature du
Régisseur et Cachet



Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

**Quittance
Hôpital Ibn Rochd**

Formation :

Reçu de M : K. G. H. 1-10342

La somme de :

№ 418043

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Total	2032

le 12/02/20

Signature du
Régisseur et Cachet