

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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.

## aladie 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

Reclamation : 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

Nº P19-048525

ND 28109

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0586

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZERROUK MELAINE D

Date de naissance : 01.06.1937

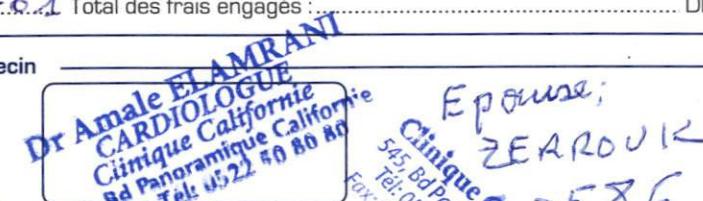
Adresse : CITE INARA 1 CASABLANCA

Tél. : 06 60 71 97 61

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01.06.2002

Nom et prénom du malade : Boutiache Sfia

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA Selle

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) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-048525

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0586

Nom de l'adhérent(e) : ZERROUK

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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
07/06/2002	Consultation C.A.	1	200 Drs 100 Drs	Dr Amale EL AMRANI CARDIOLOGUE Clinique Californie 545, Bd Panoramique Californie Casablanca Tél: 0522 50 80 80

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUSSINE MOUSSINE Leila 100, Avenue de la longée Inara 1 Tunisie 1000 Tunisie	16/02/2020	1959,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

**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

Rue Boutiaa Sfia

$$36,100 \times 3 = 108300$$

Ex-fage 160 Poids 60kg

$$162,60 \times 2 = 325120$$

$$30,70 \times 3 = 92100$$

$$51,00 \times 9 = 45900$$

total 500kg 18kg

1959,30

At 30m  
newelle

PHARMACIE MOUHSSINE  
MOUHSSINE Laila

834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I.  
Casablanca - Tél.: 05 22 21 09 76

Dr Amale ELAMRANI  
Dr Amale ELAMRANI  
Dr Amale ELAMRANI

Dr Amale ELAMRANI  
Dr Amale ELAMRANI  
Dr Amale ELAMRANI

EPOUSE

ZERROUK MOHAMED

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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

Bouziane

S.F.R. EP: ZERROUKE

⊗ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص - 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص - 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص - 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص - 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص - 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص - 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص - 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

7/12

0586

⊗ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص - 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

⊗ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص - 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O  
PPV 162DH60

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O  
PPV 162DH60



Bouzian sfia,  
ID:  
D-naiss:  
ans,

1-Jui-2020 10:25:14

Fréq. Card.: 61 BPM  
Int PR: 163 ms  
Dur.QRS: 118 ms  
QT/QTc: 398/401 ms  
Axes P-R-T: 23 -3 45

BOUZIANE SFIA  
Epouse . ZERROUK  
M/le : 0586

Dr Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
545, Bd Panoramique Californie  
Casab Tél: 0522 40 88 88

