

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educations :

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 canaux, 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 canaux.

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° P19-0048525

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0586 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : ZERROUK MOHAMED

Date de naissance : 01.06.1937

Adresse : CITE INARA 1 CASABLANCA

Tél. : 0660719761 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/06/2020

Nom et prénom du malade : Bouticane Sfia

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

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : EPOUSE ZERROUK 0586

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 :

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
01/06/2020	Consultation	200 Dh	100 Dh	Dr Amal ELAMRANI CARDIOLOGUE Clinique Californie 545, Bd Panoramique Californie Casa Tél: 0522 50 80 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

1/16/2020 1959,30

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	

VOLET ADHERENT

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

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

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
834, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 05 22 21 09 76

Mme Bouziane Stia

36100 x 3 = 108300

Ex fage 160/100g 100g
162,5 x 2 = 325/20

3070 x 3 = 9210
75mg 18h

5100 x 9 = 45900
100mg 500mg 18h x 3

1959,30

At 30mg
Renouvelable

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

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
834, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 05 22 21 09 76

EPOUSE

ZERROUK-MOHAT

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

E-mail : cliniquecalifornie@menara.ma // cliniquecalifornie@gmail.com : العنوان الإلكتروني

BOUZIANE S.F.A. Ep: ZERROUK

728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00



728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00



728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00



728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00



728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00



728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00



728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00



728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00



728860
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00



* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

LOT : 20E010
PER: 11 2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



LOT : 20E010
PER: 11 2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



LOT : 20E010
PER: 11 2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH

611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH

611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH

mlc
0586

Bouzian sfia,
ID:
D-maïss:
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
Eponse - ZERROUK
ML: 0586

Dr Amale ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd Panoramique Californie
Casa Tél: 0522 40 80 80

