

# 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.

## 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 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 054996

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5249 Société : 44080

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YASSINE LAHOUSSE

Date de naissance : 01-03-1976

Adresse : 441 Doulay Abdelkhalik route N° 73 Casablanca

Tél. : 0666 44369 Total des frais engagés : 618,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/10/2020

Nom et prénom du malade : Benghlin Malika Age : 58ans

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

Nature de la maladie : Dyslipémie HTA diabète

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 : CAS A Le : 06/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

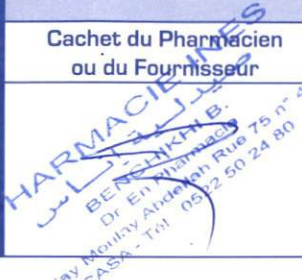




# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 6/10/1          | CS                |                       | 300 dh                          |  |
| 2020            | ELG               |                       |                                 |  |
|                 | SAR2              | K4                    |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 06/10/2020 | 317,80                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

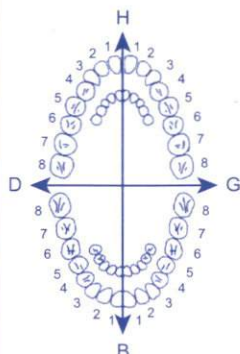
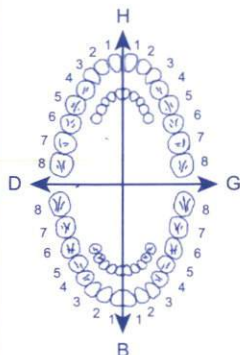
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |  |
|---|---|------------------|-------------|--|
|    |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b><br/> 25533412<br/> 00000000<br/> <b>D</b> </div> <div> 21433552<br/> 00000000<br/> 00000000<br/> 35533411<br/> <b>B</b> </div> <div> <b>G</b><br/> 00000000<br/> 11433553 </div> </div> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |   |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|   |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |
|   |   |                  |             |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

6 octobre 2020.

Mme Malika BENSGHIR.

23, 80x3

Askondil 160mg 1 cph

Dilaxium 20mg 1 gel

Praxan 100mg 1 cph

Extramag 1 cph

Metosparmyl 14x3 t

Mantement  
Renouvelable  
3 mois

P. Bellay

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

الموقع الإلكتروني : [www.cliniquecalifornie.net](http://www.cliniquecalifornie.net) - العنوان الإلكتروني : [cliniquecalifornie@gmail.com](mailto:cliniquecalifornie@gmail.com)

41,80

**METEOSPASMYL®** B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293



**ASKARDIL®** 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80  
EXP 03/2022  
LOT 9D013 2

**ASKARDIL®** 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80  
EXP 03/2022  
LOT 9D013 1

**ASKARDIL®** 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80  
EXP 03/2022  
LOT 9D013 2



  
**INexium®** 20 mg  
ésoméprazole

**بنكسيوم® 20 مغ**  
رومبىرازول

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair benou el aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR.  
Boîte 14  
640150MP/21ANRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

**14**  
comprimés  
gastro-  
résistants  
Par voie orale

**14**  
قرص صامد  
محموطة المعدة  
من طريق الفم

AstraZeneca

  
**INexium®** 20 mg  
ésoméprazole

**بنكسيوم® 20 مغ**  
رومبىرازول

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair benou el aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR.  
Boîte 14  
640150MP/21ANRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

**14**  
comprimés  
gastro-  
résistants  
Par voie orale

**14**  
قرص صامد  
محموطة المعدة  
من طريق الفم

AstraZeneca