

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-441929

ND: 31566

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>05936</b>		Société : <b>RAH</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>AYAUT HASSAN</b>			
Date de naissance : <b>14/09/1964</b>			
Adresse : <b>14 AV MY ADELIAH RUE 229 NR 46 CASA.</b>			
Tél. : <b>0661403847</b>	Total des frais engagés : <b>13998</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
<b>Dr Amale ELAMRANI</b> <b>CARDIOLOGUE</b> <b>Clinique California</b> <b>545, Bd Panoramique California</b> <b>Casa Tél: 0522 50 00 30</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>09/03/2020</b>
Nom et prénom du malade :	<b>Cheddal Chibio</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<b>HTA</b>
Age: _____	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
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 : **CASABLANCA**   
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **09/03/2020**

Mc 5936

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/03/2020	Consultation	200 Dr	200 Dr	INP : 090000084 Dr Amale AL AMRANI CARDIOLOGUE 545, Bd Panoramique Casablanca TEL: 0522 80 80 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASABLANCA Rue Abdellatif Ben Yakkou 1er étage 05 22 80 80 60	09/03/20	1098 Dr

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

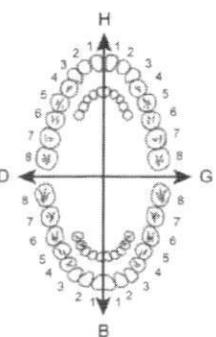
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

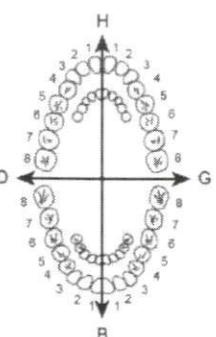
Important :

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	INP :



ODF  
PROTHESSES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

مل 5936



Clinique "Californie" - كاليفورنيا

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

نبو، أدوية الatrial fibrillation 09/03/2023

20,00x3 - EXforge 5/80 mg لفاف 6 ملليلتر

20,00x3 - Civastatin 10 mg لفاف 6 ملليلتر



Dr Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGIE  
Clinique Californie  
Bd Panoramique - Casablanca  
Tél: 0522 50 80 80

تل 3 ملليلتر  
دواء ملليلتر

1098,00

PHARMACIE CHAAB  
Rue 226 N° 23-25 Hay  
My Abdellah, Ain Chok Casablanca  
Tél: 0522 52 66 17

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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

**valable 3 mois**

Mle 5936

Le 09/03/2010

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr Amale ELAMRANI

CARDIOLOGUE

Clinique Californie

543, Bd Panoramique California

Casa Tél: 0522 50 80 80

Certifie que Mlle, Mme, M. Tél:

Elieghdal chehade

Présente

H.T.O

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dr Amale ELAMRANI

CARDIOLOGUE

Clinique Californie

543, Bd Panoramique California

Casa Tél: 0522 50 80 80

Dont ci-joint ordonnance :

Oui

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Moham



PHARMACIE CHAAB  
Rue 226 N° 22-25 Hay  
Tél : 05 22 52 66 17

Nom: chaibia chegda

Sexe:

ID: 200309003

Imprimer: 2020-03-09, 21:51:18

No. record:

Age:

Taille(cm):

Poids(kg):

Medication:

Medecin:

Dr Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
545, Bd Panoramique Californie  
Casa Tél: 0522 50 80 80

ME5936

Fréquence cardiaque 76 bpm [Minnesota code]

Intervalle PR 168 ms 10

Temps QRS 82 ms

Intervalle QT/QTC 381/428 ms

Axe P/QRS/T 35/14/46 °

Tension RV5/SV1 0.48/0.57 mV

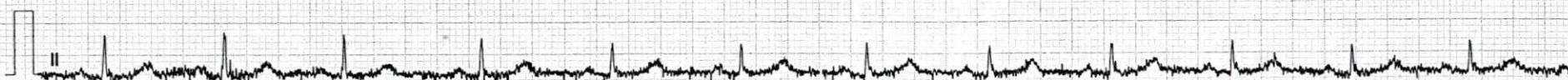
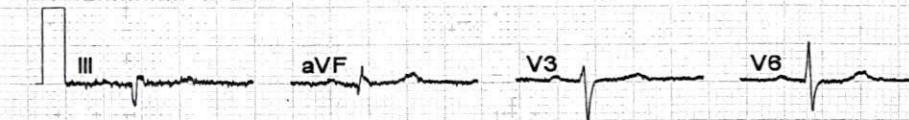
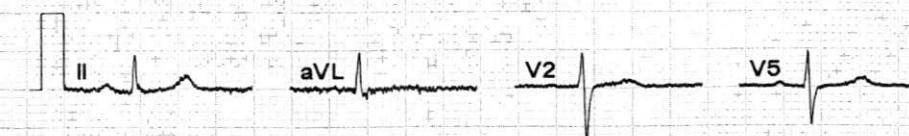
Tension RV5+SV1 1.05 mV

[Résultats d'analyse]

8110 Rythme sinusal

1010 \*\* ECG normal \*\*

0.5Hz-100Hz AC 50Hz 25mm/s 10mm/mV



Les médecins doivent confirmer le rapport. Docteur: \_\_\_\_\_

