

## 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 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

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° W21-773953

142305

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3400	Société : RLDM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAJIYAH ANDALOUSSI Brahim kchach			
Date de naissance : 14.10.1960			
Adresse : 1 N° Blmeria lot 145 EL ANDALOUSSI			
Tél. : 0661 181754 Total des frais engagés : 810 DHS			
Cadre réservé au Médecin : Dr Amale EL AMRANI CARDIOLOGUE CLINIQUE CALIFORNIE 549, Bd Panoramique, Casablanca - Tél: 0522 50 80 80			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 30 JUIL 2022			
Nom et prénom du malade : Hajjaj ANDALOUSSI Brahim kchach			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA			
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) : _____			



### 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
30/11/2021	Consultation	200000	200000	INP : 00000000000000000000000000000000 Dr Amale El Khatib CARDIOLOGISTE CLINIQUE CALIFORNIA 10 Panoramique, 50 80 80 Télé : 0522 50 80 80

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES STADES Rue A. Fourrat - Casablanca Tél : 05 22 50 80 80 - P. : 05 22 50 80 80	30/11/2021	540,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

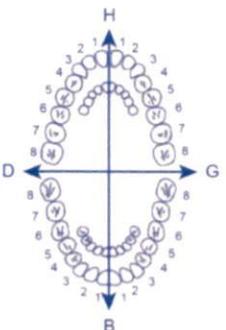
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

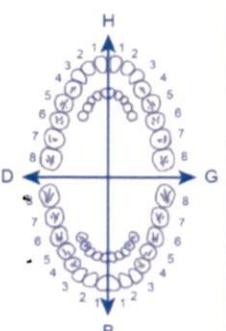
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(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

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

٣٠/١١/٢٠٢٢  
مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء . Clinique " California " Casablanca



Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Dr Brahim Kholil Hraj Andalousi

8920 X3  
Amor Shs left  
13660 X8  
540180

tel 6 casas  
nouvelles

Dr Amale EL AMRANI  
CARDIOLOGUE  
CLINIQUE CALIFORNIE  
545, Bd Panoramique, Casablanca  
Tél: 0522 50 80 80

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Al Foutat - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Pte. : 35873067  
IF : 40436642

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 - Fax : 0522 50 76 98

الموقع الإلكتروني: E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com - العنوان الإلكتروني: Site web : www.cliniquecalifornie.net

UT.AV : 04 2 25 P.P.V.  
LOT N° : GE 2059 89,20

UT.AV : 04 2 25 P.P.V.  
LOT N° : GE 2059 89,20

UT.AV : 04 2 25 P.P.V.  
LOT N° : GE 2059 89,20

UT.AV : 04 2 25 P.P.V.  
LOT N° : GE 2046 136,60

UT.AV : 04 2 25 P.P.V.  
LOT N° : GE 2046 136,60



# Clinique "Californie"

CLINIQUE CALIFORNIE

545, Bd Panoramique Casablanca

Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55

Fax: 0522 50 76 98 - Casablanca

Casablanca, le 30/11/2022

Le Docteur EL AMRAOUI

prie Mme Hafida ANDALOUssi BRAHIM  
KHALIL

d'accepter l'expression de ses sentiments  
distingués et lui présente suivant l'usage,  
sa note d'honoraires pour

consultation à

ECC

S'élevant à la somme de 300 Dhs

Hjijej andaloussi, Brahim khalil  
ID:  
D-naiss:  
ans,

30-Nov-2022 15:09:44

Fréq. Card.: 55 BPM  
Int PR: 150 ms  
Dur.QRS: 89 ms  
QT/QTc: 420/408 ms  
Axes P-R-T: 67 -4 9

Dr Amale EL AMRANI  
CARDIOLOGUE  
CLINIQUE CALIFORNIE  
545, Bd Panoramique, Casablanca, Tél. 0527 80 80

