

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 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

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0027407

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : 163985
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AJAL OTMANE
Date de naissance : 1948
Adresse : 95 RUE ORSOUANE APT 5 ET 3
HAY RANA CASI
Tél. : 06 12 33331 Total des frais engagés : 383,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Clinique CALIFORNIA
Professeur BELHAJ Miloud
Maladies Cardio - Vasculaire
et Thoracique
Adultes - Enfants Nourrissons
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tél. : 0522 50 80 80
Fax : 0522 50 76 98

Date de consultation : 28/04/2023
Nom et prénom du malade : OTMANE AJAL Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : RAC Sennet ALFA
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : CASI Le : 28/04/23
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Noms des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/4/2023	CS ECG	2x0,25	300 Jh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/04/23	83,60

ANALYSES / RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

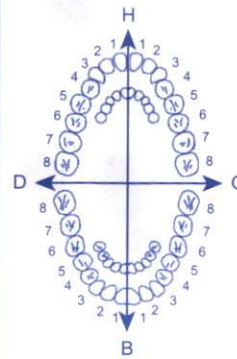
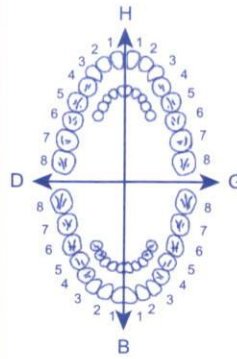
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient															
					CCEFFICIENT 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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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

28 Avril 2023

Monsieur Othmane AJAL

Avlocardyl 40mg 1/2 g x 2/j

41.80 x 2

T = 83.60

Traitement
Remarquable
3 mois

PHARMACIE AL AMANA /
Mme Alami Soumi Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Amratis Beauséjour
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

R Belhadj
Clinique CALIFORNIE
Professeur BELHAJ Miloud
Maladies Cardio-Vasculaire
et Rhumatisme
Adultes - Enfants Nourrissons
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 98

LOT: 22E004
AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V: 41DH80



LOT: 22E004
AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V: 41DH80



545, شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com



Clinique "Californie"

Casablanca, le 28 / 04 20 23

Le Docteur P. Belphar

prie M R. OTMANE AJAL

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

Consultation + ECG

S'élevant à la somme de + 300,00 Dhs

CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Parfumerie Californie
Tél: 0522 50 88 80 / 0522 52 55 55
Fax: 0522 50 76 98 - Casablanca

Nom: ajal otmane

Sexe:

ID: 230428000

Imprimer: 2023-04-28, 14:00:26

No. record:

Age:

Taille(cm):

Poids(kg):

Médication:

Médecin:

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

Fréquence cardiaque	97	bpm	[Minnesota code]
Intervalle PR	***	ms	43
Temps QRS	90	ms	53
Intervalle QT/QTc	357/453	ms	63
Axe P/QRS/T	***/-22/94	°	831
Tension RV5/SV1	1.71/0.87	mV	
Tension RV5+SV1	2.58	mV	

[Résultats d'analyse]

8210 Fibrillation auriculaire

21 Déviation axiale gauche modérée

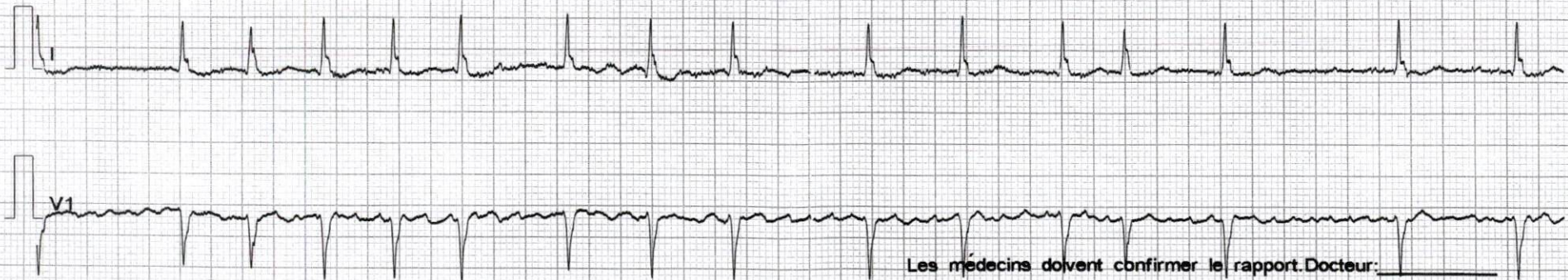
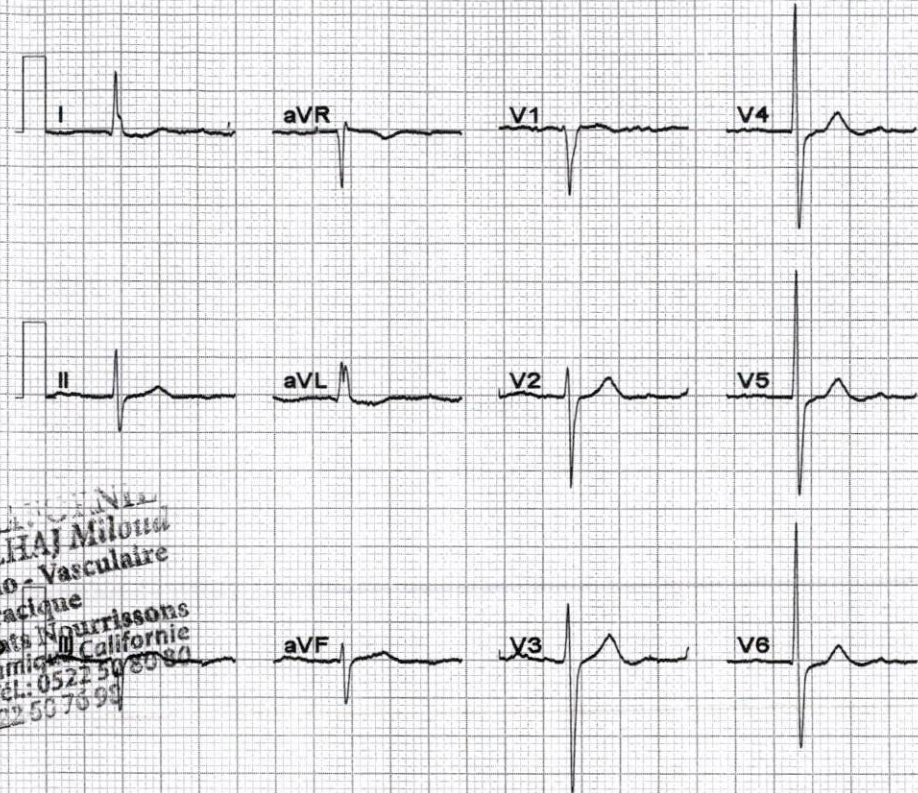
2155 Anomalie de l'onde T non-spécifique, probablement l'effet digitalique

1013 ** ECG du rythme anormal **

SaO₂ 97%

TA 14/7 5

UNIQUE CLINIQUE
Dr. BELHAJ Miloud
Maladies Cardio-Vasculaires
et Thoraciques
Adultes - Enfants - Nourrissons
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 76 94
Fax: 0522 50 76 94



Les médecins doivent confirmer le rapport. Docteur: _____

