

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3700

Société : RAM ND 100 500

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FADIL

RACHIDA

Date de naissance : 15.10.1956

Adresse : 75 Rue OMAR SLAOUI CASA 80140

Tél. : 06 61 06 36 96

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur BELHAJ Miloud
Maladies Cardio - Vasculaire
et Thoracique
Adultes - Enfants Nourrissons
545, Bd Panoramique Californie
Casablanca Tél. 05 22 50 80 80
Fax: 05 22 50 86 98

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.12.2023

Nom et prénom du malade : FADIL RACHIDA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : I.C. BAV complémentaire avec Race (111)

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :


M 27 DEC. 2023
Le 27 DEC. 2023
SAAF

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin - attestent le Paiement des Actes
13/12/2023	Maladie	1000		Dr. Mamer
				Maladies Cardio - Vasculaires et Thérapeutique
				Maladies et Enfants Nourrissons
				Enfant Panoramique
				0522 50 76 98

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lamorice 33, Rue Tarabulus - 1000 Tél: 022 27 04 56 Pat: 34203291	13/12/2023	83,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	
				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



Clinique "Californie"

Casablanca, le

13/12

20

23

Le Docteur

P' Belhaf

prie M^{me} FADIL RACHIDA

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

Consultation contrôle

Page

CLINIQUE CALIFORNIE
S'élevant à la somme de + 500,00 Dhs

545, Bd Riamique Californie
Casablanca
Tél: 0522 50 80 88 / 0522 52 55 55
Fax: 0522 50 76 99

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom : FADIL RACHIDA
Matricule : _____ **N° CIN :** _____

Adresse : _____

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne : _____ **Spécialité :** _____

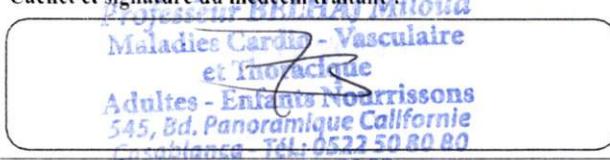
N° ICE : _____ **N° INPE :** 090000084
Certifie que Mlle, Mme, M. : RACHIDA FADIL
Nécessitant un traitement d'une durée : 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*Insuffisance cardiaque 8m BAV complexe appareille
 avec un stimulateur cardiaque double chambre Accorde
 Tachycardie.*

Dont ci-joint ordonnance :

*Treatment Atenor 100 mg 1cp/2 Vastarel 80 mg 1cp/2
 nasal 2mg 1cp x 2 h Avlocantyl 40mg à la demande*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : Casa le 21/12/2023
Cachet et signature du médecin traitant :


En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء " Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

13 December 2023

Madame RAHTIDA FASIL

- Corrasal 2mg 1cp x 2f.
- Vastarel 80mg 1cp h amidi.
- Cardi aspirine 1cp 1'.
- 41.80 x 2
- Avlocardyl 40mg 1cp 1/2 dematin le soir

83,60



Traitement

Renouvelable
6 mois



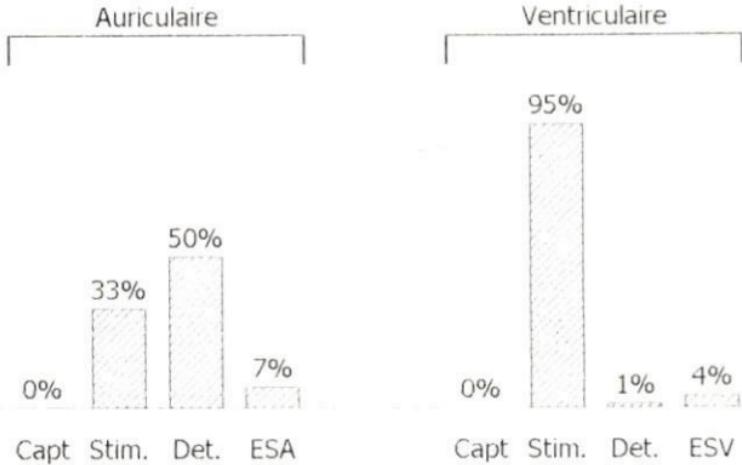
Clinique CALIFORNIE
Projet sur l'art et l'enseignement
Maladies Cardio - Vasculaire
et Thoracique
Adultes - Enfants Nourrissons
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 98

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

الموقع الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com - العنوان الإلكتروني : www.cliniquecalifornie.net

STATISTIQUES**Statistiques depuis le 22/Nov/2018****TESTS**Impédance

Impédance

Clinique CHU de NICE
Professeur BELHAJ Miloud
Maladies Cardio - Vasculaire
Adultes - Enfants Nourrissons
et Thoracique
542 Bd. Panoramique Californie
Enseignement - Tel: 0522 50 76 98
Fax: 0522 50 76 98

404 ohm
13/Déc/20231034 ohm
13/Déc/2023Seuil

Seuil

A

0.25 V
13/Déc/2023

V

0.25 V
13/Déc/2023Détection

Amplitudes P/R

A

0.43 mV
13/Déc/2023

V

15.00 mV
13/Déc/2023