

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-455024

ND : 31018

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Matricule : 3400		
Nom & Prénom : H.I.YET ANDALOUEH BRAHIM KHALIL		
Date de naissance : 14.10.1960		
Adresse : 7 RUE DUMERIA LT DIAD ALANDOUSS		
Tél. : 0661 181754 Total des frais engagés : _____ Dhs		

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Dr Amale EL AMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique California  
545, Bd Panoramique California  
Casablanca Tél: 0522 59 80 40 2020

MUPRAS  
RECEPTION 8

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

H.T.O. Reglée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

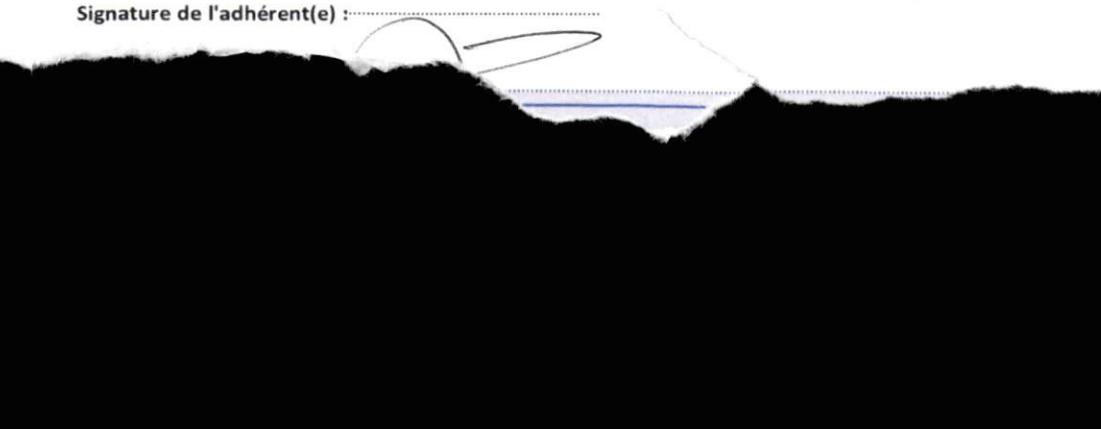
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 12/03/2020

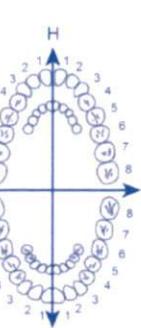
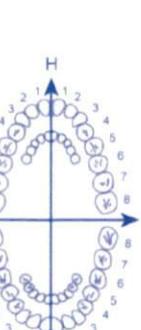
Le : 15/03/2020

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
12/03/2020	Consultation		200\$ h 100\$ h	INP : 0900000819  Dr Amale ELAMRANI CARDIOLOGUE Clinique California SAE Rd 1000

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	35533411	11433553	<b>B</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<b>D</b>	<b>G</b>														
35533411	11433553														
<b>B</b>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

12/03/2020

مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء - Clinique " Californie " .



Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Dr Brahim Kholil Hjiges Andalousi

136

- Amel SWS

S.V

136

AS

S.V

Pt Bonas  
Neurveleste

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE  
Dr. Amale EL AMRANI  
545, Bd Panoramique Casablanca  
Tél: 0522 50 80 80

Dr Amale EL AMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique California  
Clinique Panoramique California  
Casa Tél: 0522 50 80 80

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE  
Dr: FAHAD YOUSSEF  
10 PISTE DE L'AVENUE ELINA  
JNANE CALIFORNIE EN CHOQ  
Tel: 05 22 87 11 12 CASA

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55

E-mail : cliniquecalifornie@menara.ma // cliniquecalifornie@gmail.com العنوان الإلكتروني :

UT.AV : 0 4 2 0 2 2 P.P.V.

LOT N° : 1 2 7 4 7 2 4 9 2 0  
**131,20**

09366067/7

UT.AV : 0 4 2 0 2 2 P.P.V.

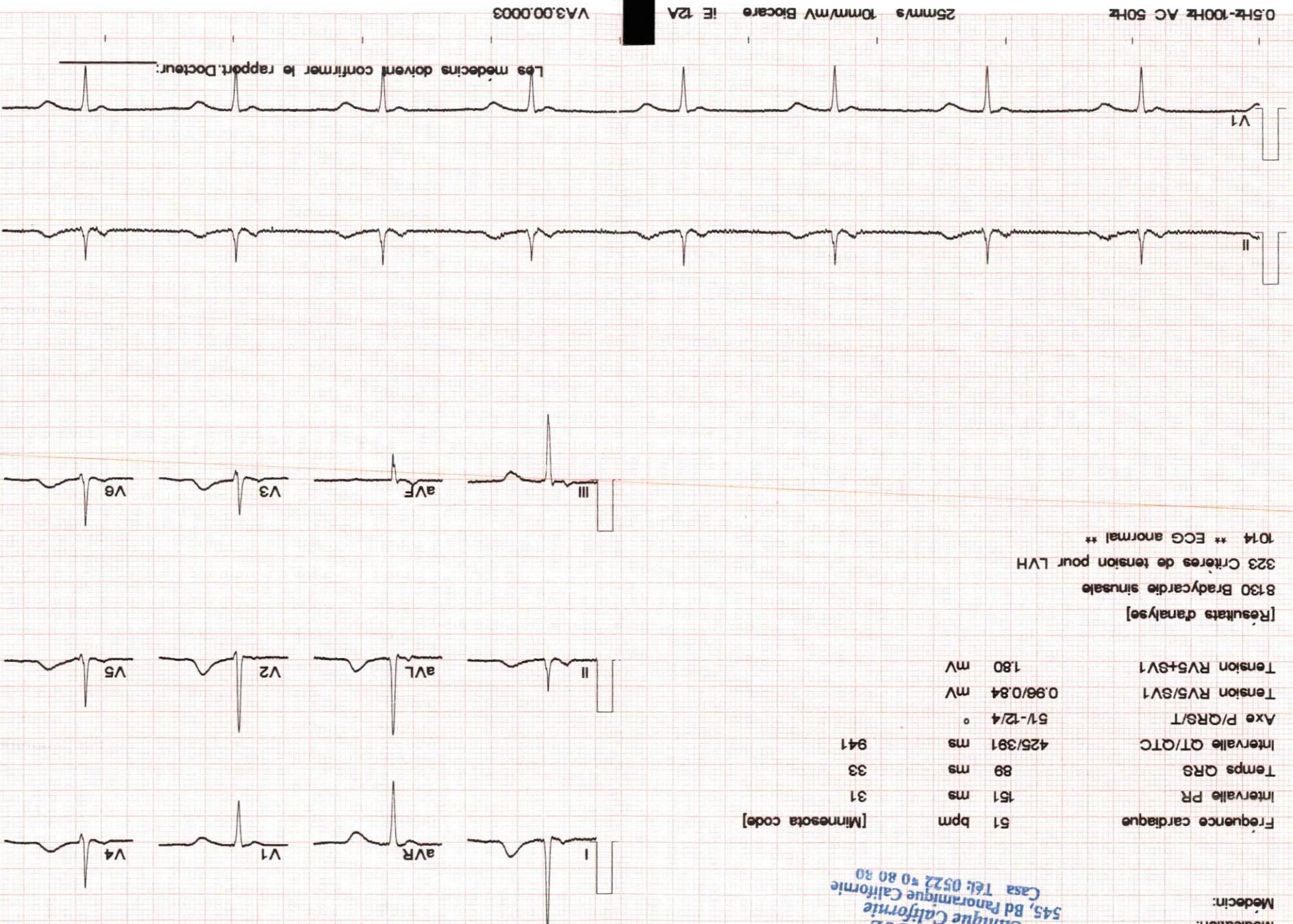
LOT N° : 1 2 7 4 7 2 4 9 2 0  
**89,20**

09366067/7

UT.AV : 0 4 2 0 2 2 P.P.V.  
1 2 7 4 2 8 1 3 6 6 0

**136,60**

09366130/3



Les medecins doivent confirmer le rapport Docteur:

25mm/s 10m/mV Biocare IE 12A VA3.00.0003

0.5Hz-100Hz AC 50Hz

Nom: hjiyej andalousss.

Sexe:

ID: 200312004

Imprimer: 2020-03-12, 21:37:01

49 bpm

