

## 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

- 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° W19-563914

38663

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4088	Société :	7
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Mohamed
Nom & Prénom : ARFI			
Date de naissance : 1-1-1934			
Adresse : Bloc 3 A995 casa			
Tél. : 0677561931 Total des frais engagés			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 27/08/2020			
Nom et prénom du malade : ARFI Mohamed			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : Coronaropathie Severe + HTA			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : UTEP 2020			
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.			

Clinique CALAOENI Professeur BELHAJ Miloud Maladies Cardio - Vasculaire Adultes - Enfants Nourrissons 545, Bd. Panoramique Casablanca - Tél : 0522 50 80 80

04 SEP. 2020

ACCUEIL

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.

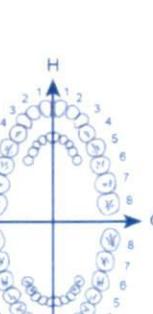
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/08/2020

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
27/08/2020	Consultation	3000 Dhs		INP - Clinique Nefzaoui Tel: 0522 507676 Fax: 0522 507676

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 HONORAIRE																
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 												
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>					25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
				25533412	21433552											
				00000000	00000000											
				00000000	00000000											
35533411	11433553															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



## مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

**Urgences Médico-Chirurgicales 24h | 24h**

## مستعجلات 24\24 ساعة

27 Aout 2020.

Monsieur Mohamed ARIE

35,70 x 3

3: Initialize  $TS \leftarrow 1$  copy

63,300 XT in to size 10/25 using 1/8" file

57 3. L Dna long 1 cp 25 lenses

St. 8023. Vascor 35 in 1 cpx 2 L

103,00 x 3

~~Tranterior~~

Renouelle

6 mon

14 18,40

Chinique CALIFORNIE  
Professeur BELHAJ Miloud  
Maladies Cardio Vasculaire  
et Thoracique  
Enfants Nourrisse  
Antique dellfo  
0522 80 98

Centre de  
Médecine de la  
Professionnalisation  
des Soignants  
Maladies Cardio - Vasculaires  
et Thoracique  
Adultes - Enfants Nourrissons  
545, Bd. Panoramique  
Casablanca - Tel: 0522 50 80 80  
Fax: 0522 50 76 98  
MERYEM

Al  
545, B  
Casablanca  
Fax: 0522  
PHARMACIE MERYEM  
Mme Ikhlass Benyahya  
Bld Ibnou Sina - CASA  
26 33 27

4

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](mailto:cliniquecalifornie@gmail.com) - العنوان الإلكتروني : [www.cliniquecalifornie.net](http://www.cliniquecalifornie.net) - Site web :

LOT : 200500  
UT AV : 03/2023  
PPV : 57,80DH

**INILASE® 75 mg**  
Clopidogrel

213DH00 EXP 04/2021  
LOT 80018 1

LOT N°  
LVI 200500  
UT AV : 03/2023  
PPV : 57,80DH

213DH00 EXP 04/2021  
LOT 80018 1

LOT N°  
LVI 200500  
UT AV : 03/2023  
PPV : 57,80DH

213DH00 EXP 04/2021  
LOT 80018 1

63,30

63,30

63,30

103,00

103,00

103,00

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
LOT : 20E014  
PER : 11/2021

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
LOT : 20E014  
PER : 11/2021

P.P.V : 35DH70



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
LOT : 20E014  
PER : 11/2021

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

Nom : arifi mohamed  
Numéro ID : 200827001  
N° sous-ID :  
Sexe :  
Âge :  
Réf-service :  
N° chambre :  
112 1173 711 91

Fréquence cardiaque: 52 bpm  
Durée QRS : 167 ms  
Axes P/QRS/T : 49/7/68°  
Tension RV5+SV1 : 0.16 mV

Intervalle PR : 203 ms  
Intervalle QT/QTC : 494/480 ms  
Tension RV5/SV1 : 0.16/0.00 mV

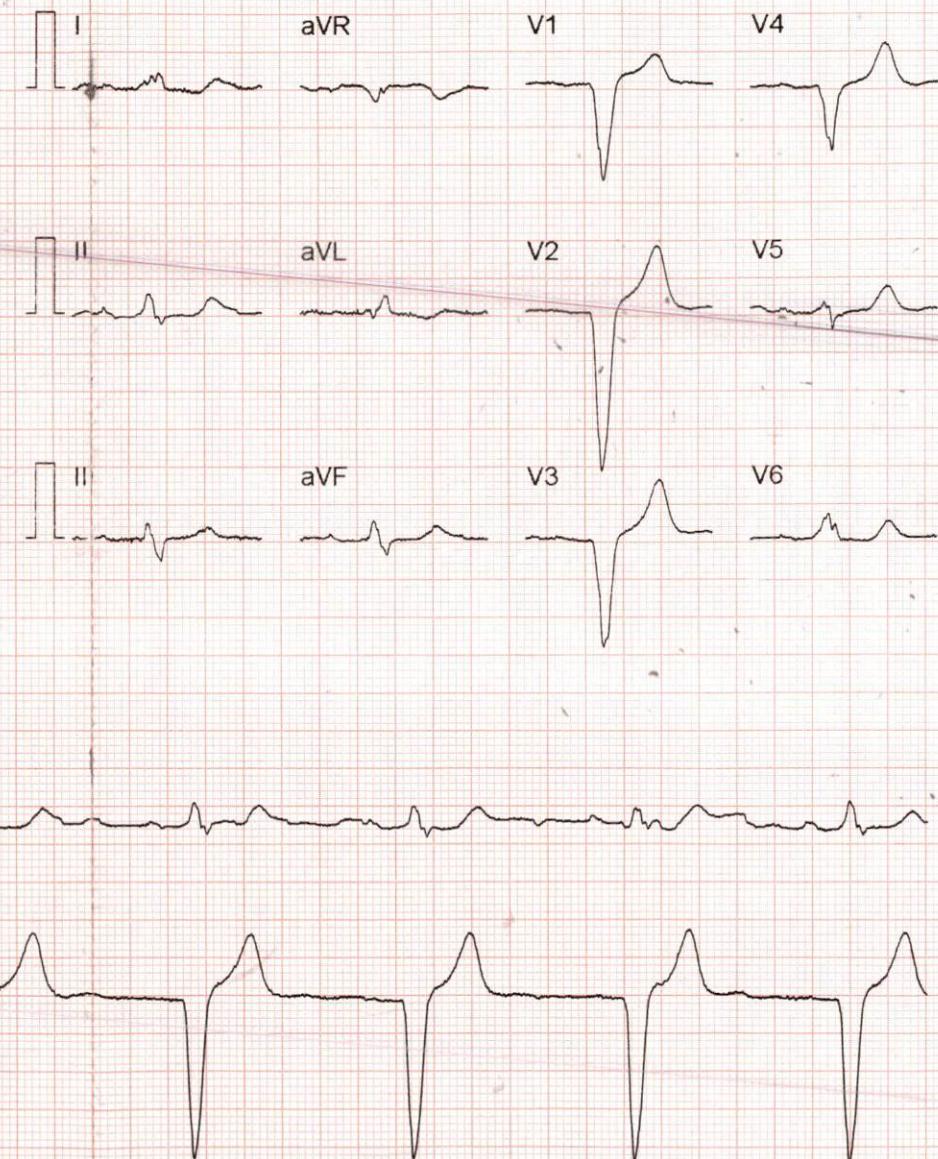
\*\*\*\*\* Analyse résultat: \*\*\*\*\*  
8130 Bradycardie sinusale  
711 Bloc de branche gauche  
\*\*ECG abnormal\*\*

SaO<sub>2</sub> 97  
TA 12/7

Clinique CALIFORNIE  
Professeur BELHAJ Miloud  
Adultes - Enfants - Thoracique  
Casablanca - 545, Bd. Panoramique Californie  
Fax: 0522 50 76 98

Le docteur a confirmé le rapport

10mm/mV 25mm/s 400Hz 0.5-100Hz



10mm/mV 25mm/s AC:50Hz,0.5~100Hz

