

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-545997

92907

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4088 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ARIFI Mohamed
 Date de naissance : 01/01/34
 Adresse : Bloc 3 Apt 5 Anfa III Casa.
 Tél. : 0677561931 Total des frais engagés : 1148 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/10/2021
 Nom et prénom du malade : ARIFI Mohamed Age : 86 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Coronaropathie Ischémique + AECG + 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 : 22/11/2021
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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.

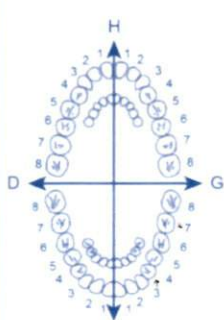
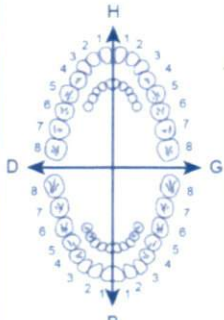
MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
25/10	Ex		300	
20/21	Ex	Kn		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25-10-2021	1148,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	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"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					



Clinique "Californie" البيضاء

Urgences Médico-Chir

لات 24/24 ساعة

LOT : 21E007
PER : 12/2022

KARDECIG 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35,00 DH



6 118001 081189

اصحى

h

KARDECIG 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35,00 DH

LOT : 20E010
PER : 09/2021



6 118001 081189

INILASE[®] 75 mg

Clopidogrel

PPV 213DH00 EXP 06/2022
LOT 00063 1

25 octobre 2021

Monsieur Mohamed Arifi

34,70 x3

1 Kardegic 160mg 1s (S.V)

23,100 x1 2 inilase 75mg 1cp (S.V)

34,70 x2

1 Vascoy 352m 1cp x2 (S.V)

54,20 x2

1 nor long 1cp (S.V)

63,30 x8

1 Integride 10/12, 5mg 1cp (S.V)

1 Zylone 200mg 1cp (S.V)

31,30

1 Tranterment
1 Renouvelable
6 min

LOT : 210059

UT AV : 01/2024

PPV : 57,80 DH

LOT : 210734

EXP : 04/2024

PPV : 57,80 DH

N107

Clinique Californie
rojets de la Clinique
Maladies Cardiovasculaires
et Thoraciques
Adultes - Enfants - Puéricultrices
45, Bd. Panoramique - Tél: 0522 50 80 80
Blanca - Tél: 0522 50 76 98

Pharmacie Maryem
Casablanca
INPE: 092042456
19 bis, Bvd Ibnou Sina
Tél: 0522 36 33 27
ICE: 002600843000001
Mme Ahllass Bengalya

31,30

63,30

COOPER PHARM

LOT : 201318

PER : 09-2023

PPV : 87,70 DH

Tél :

شارع المنظر

Californie - C

الفاكس : 0522 50 76 98

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

63,30

63,30

63,30

87,70

63,30

63,30

63,30

63,30



Clinique "Californie"

Clinique CALIFORNIE
545, Bd Panoramique Californie
Tél: 0522 50 80 80 / 52 55 55
Fax: 0522 50 76 99 - Casablanca

Casablanca, le

26.10

20

21

Le Docteur

Dr Belhaj

prie M

Mohamed Aïme

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

Dhs

Nom: arifi mohamed

Sexe:

ID: 2 025001

Imprimer: 2021-10-25, 17:34:20

No. record:

Age:

Taille(cm):

Poids(kg):

Médication:

Médecin:

Fréquence cardiaque	66	bpm	[Minnesota code]
Intervalle PR	***	ms	112
Temps QRS	77	ms	116
Intervalle QT/QTc	403/422	ms	21
Axe P/QRS/T	***/-86/249	°	411
Tension RV5/SV1	0.37/0.00	mV	42
Tension RV5+SV1	0.37	mV	52
			65

[Résultats d'analyse]

831

82103 Fibrillation auriculaire avec une conduction aberrante, ou complexes ventriculaire prématurée **ACFA** 941

16332 Infarctus du myocarde inférieur avec extension postérieure, probablement ancien

22 Déviation axiale gauche anormale

2106 Dépression du segment ST marquée, compatible avec des blessures sous-endocardiques[II,aVF]

1014 ** ECG anormal **

SaO₂ 97%
TA 12/7

Clinique CALIFORNIE
Professeur BELHAJ Miloud
Maladies Cardio - Vasculaire
et Thoracique
Adultes - Enfants Nourrissons
445 Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 99

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



Les medecins doivent confirmer le rapport. Docteur: _____

0.5Hz-100Hz AC 50Hz

25mm/s 10mm/mV Biocare iE 12A

VA3.00.0003

70.172

