

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0054249

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03396

Société : RAN

119769

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI ABDELLOU HAS

Date de naissance : 19.01.58

Adresse : 14 LOT PANDARONA C.M. SIDI HAROUF

CAJA 20270

Tél : 0673081985

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amale ELAMRANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
545, Bd. Panoramique Californie  
Tél : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 09/06/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dyspnée d'effort insuffisance veineuse

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 : CAJA

Le : 10/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

CH

### 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
09/06 2022		2 Echo Doppler Cardiologie	100000	Dr. Amel EL ANASSER CARDIOLOGUE Clinique Californie 3d Penonriche Caliform 1-80-80-80 - CASABLANCA

Dr. Amal EL ANOUAR  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
545, Bd Panoramique Californie  
Tel: 022-89-89-80 - Casablanca

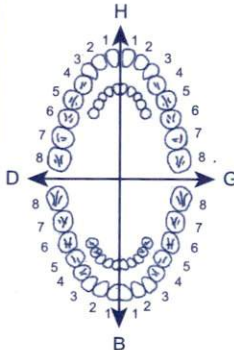
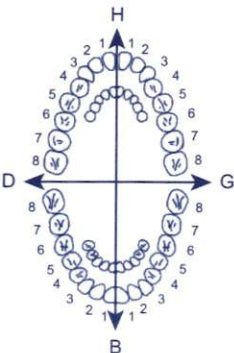
[illegible][illegible][illegible]

# 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															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

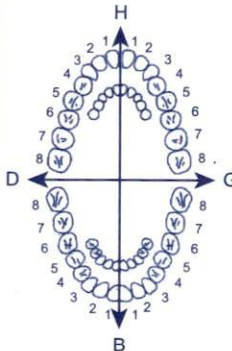
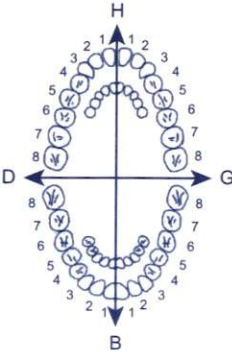
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	<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><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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

09/06/2022

MR: Cheddadi Abdelouahab

- Echo doppler Cardiaque.

Dr. AMRIL ELAMKANI  
CARDIOLOGUE  
Clinique Californie  
F45, Bd. Panoramique Caliform :  
Tél : 022 50 80 80 - 022 50 76 98

545, شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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





Nom : CHEDDADI  
Prénom : ABDEL WAHAB  
Age : 64ans.  
Motif : Dyspnée d'effort.

Casa, le 9 juin 2022

## Compte rendu d'écho doppler cardiaque Trans-thoracique

- Cavités cardiaques sont de taille normale. Oreillette gauche est à 33mm de diamètre et à 17cm<sup>2</sup> de surface, ventricule gauche est à 53/35mm de diamètre, ventricule droit est à 22mm de diamètre, oreillette droite est à 11cm<sup>2</sup> de surface. Veine cave inférieure est non dilatée et COMPLIANTE.
- Aorte tubulaire est de taille normale.
- Pas d'hypertrophie des parois du ventricule gauche.
- Bonne fonction systolique segmentaire et globale du ventricule gauche. La fraction d'éjection est estimée à 57% évaluée par la méthode biplan. Strain longitudinal est à -17.8%.
- Valves cardiaques sont fines.
- Pas de prolapsus valvulaire ni de bicuspidie aortique.
- Fuite mitrale minime physiologique.
- Pas d'hypertension artérielle pulmonaire.
- Péricarde est sec.
- Pas d'image de thrombus intracardiaque visible.
- Pas de shunt visible ni de coarctation de l'aorte.
- Pressions de remplissage sont normales.
- Pas de dysfonction du ventricule droit.

### AU TOTAL :

Pas de dysfonction ventriculaire ni de dilatation des cavités cardiaques ni de valvulopathie.

DR A. EL AMIRANI



# Clinique "Californie"

Casablanca, le 09 / 06 20 22

Le Docteur EL AMRANI

prie M R. Cheddadi Abdelouahab

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

Echo doppler  
cardiaque.

S'élevant à la somme de 1000,00 Dhs

**CLINIQUE CALIFORNIE**  
545 Bd Panoramique  
Tél: 0522 50 80 80 / 52 55 55  
Fax: 0522 50 76 00