

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.

0662227838



Déclaration de Maladie

N° W21-659716

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		121010	
Matricule :	12526	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	121010
Nom & Prénom :		ZERRARI ELMEMIDI	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	
<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Docteur BOUGHALEB Faycal Cardiologue 24, Bd Rachidi - Casablanca Tél. : 05 22 26 55 11</p>			
<p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade :</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>			
<p>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.</p> <p>Fait à : CASABLANCA</p> <p>Signature de l'adhérent(e) : </p> <p>Le : 30/10/2022</p>			



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
13/04 2022	CONSULTATION BCC	400 Dh	Docteur BOU CHALEF Faycal 24. Bd Rachidi - Casablanca Tél: 05 22 20 55 11	INSTITUT CHAMPIGNE 545 Bd Rachidi Tél: 05 22 20 55 11
		200 Dh	urgence	



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء .

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

الدار البيضاء 13/04/2024

Doctor BOUGHALEB Faycal
Cardiologue
24, Bd Rachidi - Casablanca
Tél. : 05 22 26 55 11 - Amine BENZINE

Utric nerve for 1/16

1 Cpx 21 J

545 Bd Panoramique Californie
Tél. : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
Email : cliniquecalifornie@gmail.com

Doctor BOUGHALEB Faycal
Cardiologue
24, Bd Rachidi - Casablanca
Tél. : 05 22 26 55 11

4 طار 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

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



Clinique "Californie"

Casablanca, le 13/04/..... 2022

Le Docteur Bougħaleb
prie M Amina Benzzine

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

..... Consultation + ECO

S'élevant à la somme de F 600 F Dhs

Clinique CALIFORNIE
545, Bd Panoramique Californie
Tél: 0522/50.80.80 / 52.55.55
Casablanca

Clinique CALIFORNIE
545, Bd Panoramique Californie
Tél: 0522 50 80 80 / 52 55 55
Fax: 0522 50 76 00 Casablanca



Nom :
Numéro ID : 220413000
N° sous-ID :
Sexe :
Âge :
Réf-service : 2
N° chambre : 1

Fréquence cardiaque : 64 bpm
Durée QRS : 85 ms
Axes P/QRS/T : 37/25/54°
Tension RV5+SV1 : 1.39 mV

Intervalle PR : 169 ms
Intervalle QT/QTc : 424/431 ms
Tension RV5/SV1 : 0.44/0.95 mV
[Code Minnesota]
941

***** Analyse résultat *****

8110 Rythme sinusal

ECG normal

Le docteur doit confirmer le rapport.

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



