

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.

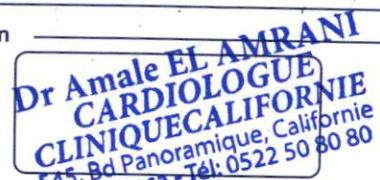
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.



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
12/09/2022	Consultation		200,00	<i>Dr Amale EL AMAL CARDIOLOGUE CLINIQUE CALIFORNIE 545, Bd Panoramique, Casablanca - Tel: 0522 50 80 80</i>
				<i>EZL</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHAFA</i>	12.09.2022	1701,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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	Coefficient des Travaux
<img alt="Dental arch diagram showing teeth numbered 1 to 8 in both upper and lower arches,				

مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة



Mes Chegħolha Disibha 12/09/2012

195.0 x 6

- Exchange 5/80mg left

70.0 x 4 - Clevastatine 10mg left

22.40 x 9 - Aspirin 75mg left

49.6 - Dose 25000 U.I. IAB

At 3 mos x 3 tabs

Recurrent

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Casablanca - Tél: 0522 50 80 80



PHARMACIE CHAMB
Route 270 N. 2325 Hay
Tel: 05 25 25 66 17
Fax: 05 25 25 66 17
M.W. Roudha, Hay Chamb Gdss



F 17.01.20

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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

NOVARTIS
PPV : 195,00 DH

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

LOT 10010 5
EXP 02/2024
PPV 22DH40

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 5

NOVARTIS
PPV : 195,00 DH

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2024
LOT 10010 2

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 05/2023
LOT 14010 2

NOVARTIS
PPV : 195,00 DH

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

LOT 10010 5
EXP 02/2024
PPV 22DH40

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 05/2023
LOT 14010 2

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

NOVARTIS
PPV : 195,00 DH

DEBUT
D'EXEC

PPV 700 DH 10
PER 10/23
LOT K2797

FIN
D'EXEC

PPV 700 DH 00
PER 10/23
LOT K2797

COEF
DES

PPV: 700 DH 00
PER: 06/24
LOT: L1951

MON
DES

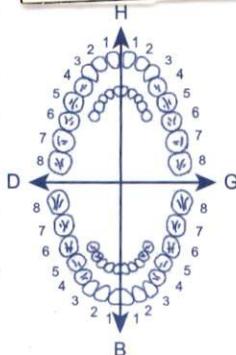
PPV 700 DH 00
PER 10/23
LOT K2797

DATE
DEVIS

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C15
EXP: 03/2025

DATE DE
L'EXECUTION

6118001030583
EXFORGE ○
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
D	
00000000 35533411	00000000 11433553

B

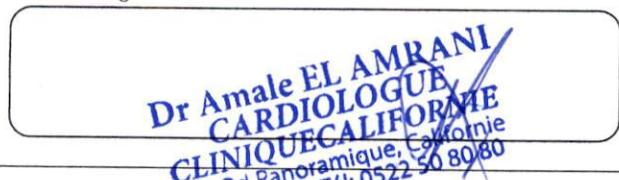
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	<i>AYOUT HASSANI</i>
Matricule :	<i>05936</i>
N° CIN :	<i>BEYS 55 49</i>
Adresse :	<i>HAY MOULAY ABDELLAH RUE 829 NR 4c AFN CHOU CASABLANCA</i>
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Dr Amale EL AMRANI CARDIOLOGUE Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle Mme, M. :	<i>CHEGDAL CHAIRIA</i>
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<i>HTA</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
<i>Exforge clevashur + Askeudil</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	<i>laa le 12/09/2022</i>
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

Chegda, Chaibia

ID:
D-naisse:
ans,

12-Sep-2022 18:40:21

Fréq. Card.: 77 BPM
Int PR: 152 ms
Dur.QRS: 97 ms
QT/QTc: 327/358 ms
Axes P-R-T: 46 9 54

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545 Bd Panoramique, Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

