

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° M21- 071271

129873

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05936

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AYOUI HASSAN

Date de naissance :

14/09/1964

Adresse :

AYYAOUI ABOU AYAD RUE 229 NR 4C
AFN CELOK CASABLANCA

Tél. : 0661403847

Total des frais engagés : 3098,44 + 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

14/09/2022

Nom et prénom du malade :

Ayous Housse

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Le : 14/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/09/2022	Consultation	EEG	20000	Dr Amale EL AMRAI CARDIOLOGUE CLINIQUE CALIFORNIE 545, Bd Panoramique Casablanca - Tel: 0522 58 80 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHA RUE DES 25 H T 0522 58 80 80	12.09.2022	3098,45

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
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

Mr Ayoub Hassan 11/05/2022

203.00 X6
 - Cholest 100/280mg lefy
 95.00 X6 - Cedivir 250mg lefy
 27.75 X6 - Candesartane 100mg lefy
 25.00 X6 - Colchic 100mg lefy
 113.50 X6 - Hydral 100mg lefy

Mr 3mra
 ملوك العلامة

=====
 T: 3098.40

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

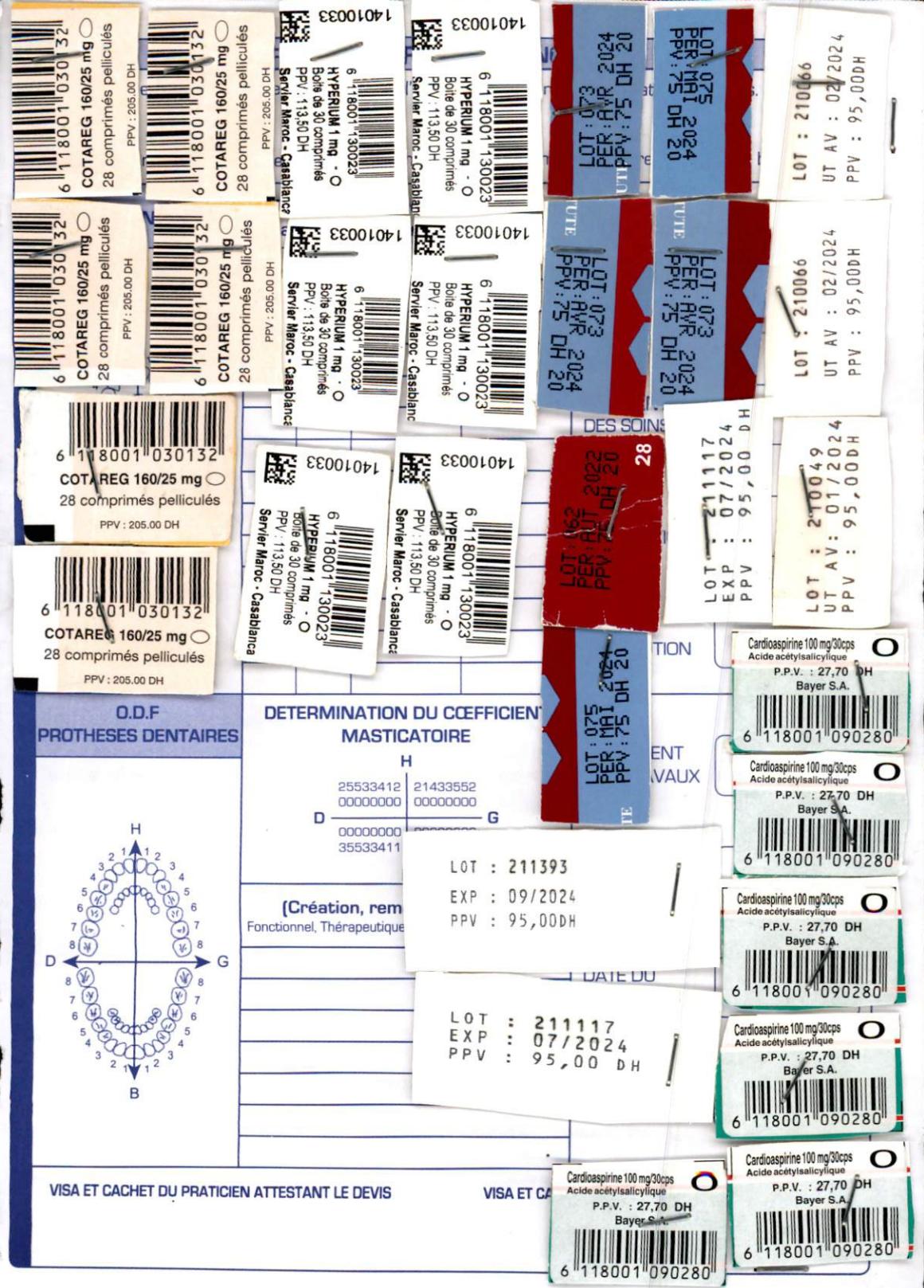
PHARMACIE CHAAB
 Rue 226 N° 2325 Hely
 Tel: 0522 52 66 17
 0522 52 66 17
 0522 52 66 17

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

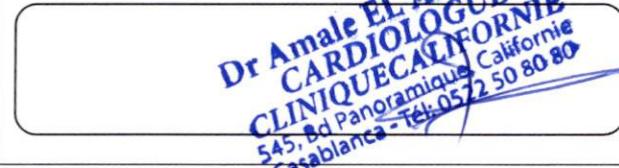
545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom : AYOUT HASSAN Matricole : 05936 N° CIN : BE455549 Adresse : HAÏY MOULAY ABDELLAH RUE 229 NR 4C AFN CHOK CASABLANCA Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Dr Amale EL AMRANI CARDIOLOGUE CLINIQUE CALIFORNIE 545, Bd Panoramique, Casablanca - Tél: 0522 50 80 80	Spécialité :
N° ICE :		N° INPE : 09152025
Certifie que Mlle, Mme, M. : AYOUT Hassan		
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 :		
Hypertension + AVC transitoire		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit : Cetraleg + Célineb + Hyflier + Adiosine Cordium		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : lundi 14/09/2022		
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

Ayoub, Hassan
ID:
D-naisse:
ans,

12-Sep-2022 18:30:17

Fréq. Card.: 66 BPM
Int PR: 159 ms
Dur.QRS: 94 ms
QT/QTc: 384/398 ms
Axes P-R-T: 40 26 14

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

