

## 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

- 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° M21-0051079

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3000 Société : RAM 167515  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : FADIL RACHIDA  
 Date de naissance : 15/10/1956  
 Adresse : 75 Rue OMAR SUDAN eARA 20140  
 Tél. : 0661063696 Total des frais engagés : 500,- DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **CLINIQUE CALIFORNIE**  
**Maladies Cardio - Vasculaire et Thoracique**  
**Adultes - Enfants Nourrissons**  
**545, Bd. Panoramique Californie**  
**Casablanca - Tél : 0522 50 80 81**  
**Fax: 0522 50 76 98**  
 Date de consultation : 14/06/2023  
 Nom et prénom du malade : FADIL Rachida Age: 67ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : BAV complécaireillé + HTA + Arythmie  
 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 : 14/06/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
14/6/23	CS + ...	...	...	...

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

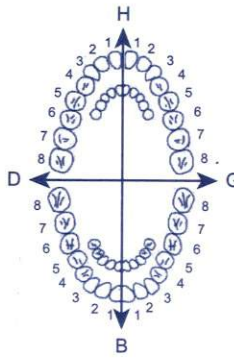
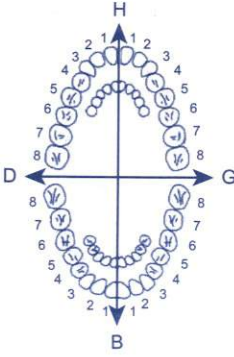
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Clinique "Californie"

Casablanca, le 14 Juin 2023

Le Docteur P. Belhaj

prie M. Me FADIL Rachida

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

consultation contrôle

P. Belhaj Maher

S'élevant à la somme de 500,00 Dhs

CLINIQUE CALIFORNIE  
545, Bd Panoramique Californie  
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55  
Fax: 0522 50 76 88 - Casablanca

## Paramètres de base

	Valeur actuelle	Début de visite
<b>Mode</b>	VDD	
<b>Fréq. de base</b>	65 min-1	
<b>Fréquence max</b>	120 min-1	
<b>Hysteresis</b>	0 %	
<b>DAV repos / effort</b>	155 ms / 80 ms	
<b>Sensibilité A</b>	0.4 mV / Unipolaire	
<b>Sensibilité V</b>	2.5 mV / Bipolaire	
<b>V Stimulé</b>	1.5 V / 0.35 ms / Bipolaire	
<b>Lissage</b>	Non	
<b>Repli</b>	Oui	
<b>Anti-TRE</b>	Reprog	
<b>Autosensing A / V</b>	Suivi / Suivi	
<b>Autoseuil V</b>	Non	

## Paramètres experts

	Valeur actuelle	Début de visite
<b>Asservissement</b>	Non	
<b>Blanking APV</b>	150	



Smartview 3.10 HSO 2.82

Esprit DR W2.92 412ZP778

Rachida FADIL

14/Juin/2023 - 09:13

depuis le 22/Nov/2018 au 14/Juin/2023

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### Patient

Nom	Rachida FADIL
Sexe	Femme
Date de naissance	15/Oct/1956
Symptôme	Syncope
Indication	BAV Complet
Etiologie	Inconnue
Commentaires	PATIENTE PACE DEPENDANTE

### Implant

Modèle	Esprit DR
Masque	W2.92
Numéro de série	412ZP778
Implantation	20/Oct/2015
Centre	CLINIQUE CALIFORNIE CASABLANCA

Smartview 3.10 HSO 2.82

14/Juin/2023 - 09:13

Esprit DR W2.92 412ZP778

depuis le 22/Nov/2018 au 14/Juin/2023

**Sondes**

	<b>Sonde A</b>	<b>Sonde V</b>
<b>Marque</b>	Medtronic	Medtronic
<b>Modèle</b>		
<b>Numéro de série</b>		
<b>Implantation</b>	2/Mai/2007	2/Mai/2007
<b>Site d'implantation</b>	OD.Paroï latérale	Infundibulum

**Messages d'avertissements :**

Dans les conditions d'utilisation actuelles, longévité résiduelle minimum <= 12 mois.

**Observations**

Temps passé en repli : 3.0 %. Fréq V pendant le repli : 67 min-1



## Courbe de pile



R.R.T. = 10 kOhm

## Etat de la pile

**Fréquence magnétique**

96 min-1

**Impédance**

2.96 kOhm

**R.R.T.**

80 min-1

**Temps résiduel**

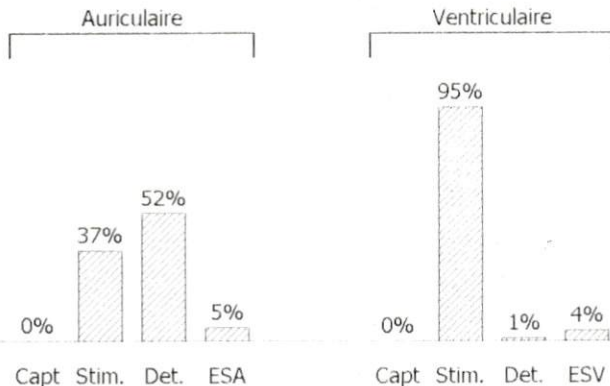
1 Année 6 Mois (min: 12 Mois)

## STATISTIQUES

### Statistiques depuis le 22/Nov/2018

SORIN GROUP

Ref. RA 103





Smartview 3.10 HSO 2.82

14/Juin/2023 - 09:13

Esprit DR W2 92 412ZP778

depuis le 22/Nov/2018 au 14/Juin/2023

## TESTS

### Impédance

**Impédance**
**A**

404 ohm  
14/Juin/2023

**V**

953 ohm  
14/Juin/2023

### Seuil

**Seuil**
**A**

0.25 V  
14/Juin/2023

**V**

0.25 V  
14/Juin/2023

### Détection

**Amplitudes P/R**
**A**

0.41 mV  
14/Juin/2023

**V**

12.06 mV  
14/Juin/2023



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

14 juin 2023

Mme Rachida FADIL

Atenolol 100 mg 1 cp / 5 le matin  
Vasotril 80 mg 1 cp / 2 fois  
Couvastal 2 mg 1 cp x 2 / 5

Traitement  
Renouvelable  
6 mois

Clinique CALIFORNIE  
Professeur BELHAJ Milou  
Maladies Cardio - Vasculaire  
et Thoracique  
Adultes - Enfants Nourrissons  
45, Bd. Panoramique Californie  
Casablanca - Tél.: 0522 50 80 80  
Fax: 0522 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 Tél :

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



Casablanca, le 14/06/2023

**CERTIFICAT MEDICAL DE LONGUE DUREE**

*Je soussigné Professeur MILOUD BELHAJ, certifie que  
l'état de santé de madame FADIL RACHIDA nécessite  
un suivi cardiologique biologique et un traitement  
médical de longue durée.*

*Ce certificat est établi pour servir et valoir ce que de droit.*

Signé :

**Professeur MILOUD BELHAJ**

Clinique CALIFORNIE  
Professeur BELHAJ Miloud  
Maladies Cardio - Vasculaire  
et Thoracique  
Adultes - Enfants Nourissons  
545, Bd. Panoramique Californie  
Casablanca - Tél.: 0522 50 80 80  
Fax: 0522 50 76 98