

# 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

M23-0029560

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : *Acto Fidei*  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AJAL OTMANE  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : 15 RUE ORDONNE APS 5 HAIR RAH CABA  
 Tél : 0612533331 Total des frais engagés : 142 DH + 130 G.Dhs

### Cadre réservé au Médecin - Dr Bouthelma ZECHIDI

Cachet du médecin : *Cardiologue*  
 Pôle de Santé du Plateau  
 3 - 5 Avenue de Villacoublay  
 92360 Meudon La Foret  
 TEL : 01 41 28 10 00 - FAX : 01 45 31 83 20  
 920300597 - RPPS : 10100205060  
 Date de consultation : 06/10/2019  
 Nom et prénom du malade : AJAL OTMANE Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : *Prothèse dentaire chronique*  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : CABA Le : 23/10/19  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



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
04-01-2014	Consultation Echographie Cardiologie		130,00	Dr Boutheina ZEGHIDI Cardiologue Pôle de Santé du Plateau 3 - 5 Avenue de Villacoublay - 92360 Meudon La Forêt
23/01/2014	C.S.E.C.H.	50,2967	300,00	TEL: 01.41.28.10.00 - FAX : 01.46.31.88.89 022300507 - RPPS : 10100205000

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/24	120,00

[illegible]

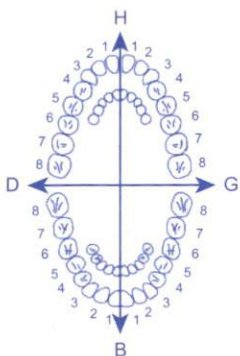
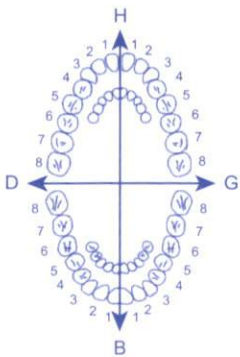
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaille des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez 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															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





يا "الدار البيضاء" Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales

ستعجلات 24\24 ساعة



6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH



6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH



6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH

PPV: 28DH70  
PER: 06/28  
LOT: M2132

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH



6 118001 031719

PPV: 28DH70  
PER: 08/28  
LOT: M2133

23 janvier 2024

Mme Alami Sounni Samira  
3x 77,80 DH

Cardensiel 1,25 mg 1/2 g x 24

2x Uperio 50 mg 1/2 g x 24

19,20 DH

Eucalyptine 55 mg 2 c x 31

Effortil 30 mg x 41

Traitement

Renouvelable

31/01/2024

PHARMACIE ALAMANA

Mme Alami Sounni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjiss - Beauséjour  
Casablanca - Tél: 0522 39 09 70

LOT: 226102  
PER: 09/2025  
EUCALYPTINE LE BRUN  
SIROP FL 125 ML  
P.P.V : 19DH20

118000010678

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casab  
Tél.: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 - الهاتف - Fax : 0522 50 71  
E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com - العنوان الإلكتروني - Site web : www.cliniquecalifornie.com

Boehringer  
Ingelheim



Ajal, Othmane

ID:

D-naiss: 1948  
ans,

23-Jan-2024 13:05:32

Fréq. Card.: 102 BPM

Int PR: \* ms

Dur. QRS: 105 ms

QT/QTc: 330/389 ms

Axes P-R-T: \* 90

Centre Cardiologique  
Prof. S. BELHAI Miloud  
Maladies Cardio-Vasculaires  
et Thoraciques  
Adultes - Enfants - Nourrissons  
545, Bd. Panoramique Casablanca  
Tél: 0522 50 80 80  
Fax: 0522 50 76 98

