

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

M15L

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BABA LAHCEN Allal

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital CALIFORNIE  
Président BELBAI Miloud  
Maladies Cardio - Vasculaire  
et Thoracique  
Adultes - Enfants Nourrissons  
145, Bd Panoramique Californie  
Casablanca - Tél.: 0522 50 80 80  
Fax: 0522 50 76 98

Date de consultation :

9/21

12/2024

Nom et prénom du malade :

BABA LAHCEN Allal

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA dysthyroïdienne

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 :

Le :

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
9/2/24	CS ECO	800	30000	INP : 191018697
				Cardia
				et Thoracique
				Enfants Nourris
				Coronique Californie
				tel : 0522 50 00 87
				fax : 0522 50 00 88
				Site : www.hopital-cambrai.fr

## 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	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

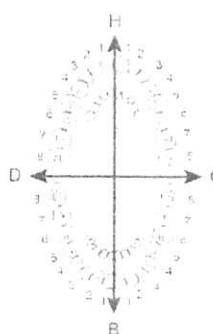
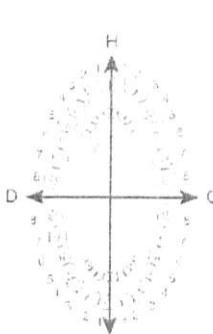
VIOLET ADHESIVE

#### **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'ONE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>								
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>								
				<b>OBUT D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>								
				<b>FIN D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>								
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">J5523412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21423582 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <small>fonctionnel</small></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <small>therapéutique, nécessaire à la prothèse</small></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">J5523411</td> <td style="text-align: center;">11423593</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p>			H	G	J5523412 00000000	21423582 00000000	<input checked="" type="checkbox"/> <small>fonctionnel</small>	<input checked="" type="checkbox"/> <small>therapéutique, nécessaire à la prothèse</small>	J5523411	11423593	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	G											
J5523412 00000000	21423582 00000000											
<input checked="" type="checkbox"/> <small>fonctionnel</small>	<input checked="" type="checkbox"/> <small>therapéutique, nécessaire à la prothèse</small>											
J5523411	11423593											
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>								
				<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTENDANT LA VILLE



# Clinique "Californie"

Casablanca, le ..... 09/02/2024

Le Docteur ..... P<sup>r</sup> Belhaj

prie M<sup>r</sup>: ALLAL Baba Lahcen

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

Consultation + ECG

S'élevant à la somme de 300,00 Dhs

Clinique Californie  
545, Bd de l'amitié - Casablanca  
Tél: 022 50 80 80 / 0522 52 55  
Fax: 0522 53 86 - Casablanca

Nom: baba lahcen allal

Sexe:

ID: 240209002

Imprimer: 2024-02-09, 16:46:13

No. record:

Age:

Taille(cm):

Poids(kg):

Médication:

Médecin:

0.5Hz-100Hz AC 50Hz 25mm/s 10mm/mV

Fréquence cardiaque	85 bpm	[Minnesota code]
Intervalle PR	181 ms	31
Temps QRS	93 ms	33
Intervalle QT/QTC	403/479 ms	53
Axe P/QRS/T	49/-23/73 °	54
Tension RV5/SV1	0.71/0.41 mV	941
Tension RV5+SV1	1.13 mV	

## [Résultats d'analyse]

8110 Rythme sinusal

323 Critères de tension pour LVH

21 Déviation axiale gauche modérée

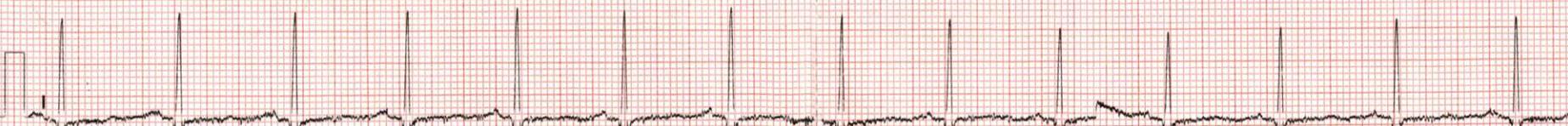
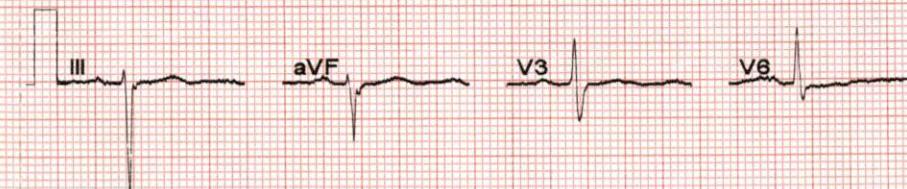
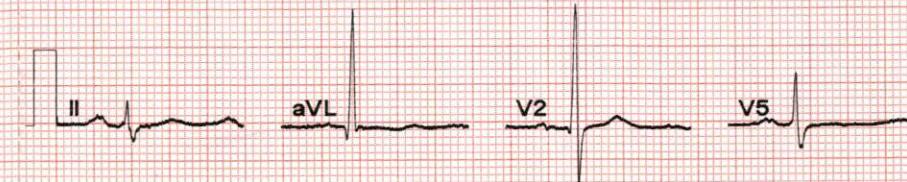
2154 Anomalie de l'onde T non-spécifique([aVL],V4,V5,V6]

1011 \*\* ECG d'état-limite \*\*

MINICLINIQUE  
Dr. J. S. BELHAJ Milou  
Maladies Cardio - Vasculaire  
et Thoracique  
21 Juillet, Enfants Nourrissons  
543, boulevard Saint-Jean, Québec G1G 1A6  
Téléphone: (416) 632-2500  
Fax: (416) 632-2500

SaO<sub>2</sub> 98%

TA 141/91 M



Les médecins doivent confirmer le rapport Docteur: \_\_\_\_\_

Nom: baba lahcen alla.

Sexe:

ID: 240209002

Imprimer: 2024-02-09, 16:45:53

84 bpm

