

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0028597

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9429

Société : RAM 147351

Actif  Pensionné(e)

Autre : Ex Agent

Nom & Prénom : KH. NIFI ABDELLAH

Date de naissance : 13/05/1963

Adresse : 57 Rue 7 LOT JILHAM HAY HABANI

CASA

Tél. : 06 35 53 87 66

Total des frais engagés : 1752,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. EL KIFANI Ahmed**  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél. : 05 22 98 72 37  
ICE : 001748483000083  
INPE : 091056705

Date de consultation : 27/01/2023

Nom et prénom du malade : KHNIFI ABDELLAH Age : 60

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : 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 : CASA

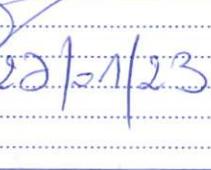
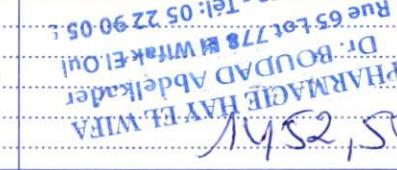
Le : 27/01/2023

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/01/2023      | + CS ECG          | 300/100               | 300,00                          | Dr. EL KIFANI Ahmed<br>CARDIOLOGUE<br>sous le 05/22/98 72 37<br>sous le 01/14/84 30000083<br>09/10/56705 / |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>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<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

A diagram of a dental arch (maxilla) with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-4), upper right (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). A central point labeled 'H' is marked at the top. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'G' points downwards.

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed EL KIFANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges

Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE

## **SPECIALISTE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX**

82, Rue Soumaya Angle Bd . Abdelmoumen  
(Immeuble RENAULT) Casablanca

05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

## Sur Rendez-vous

بالموعد

الدار البيضاء في ٢٧/١٠/٢٠٢٣ Casablanca, le ٢٧/١٠/٢٠٢٣

: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

(عمارة رونو) - الدار البيضاء

5 22 88 72 37 / 05 22 25 36 1

05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

10,00

10,00

10,00

10,00

14011124



6 118001 130184  
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg ○  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 79,90 DH



14011124



6 118001 130184  
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg ○  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 79,90 DH



14011124



6 118001 130184  
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg ○  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 79,90 DH



95,00

P.P.V : 88.10 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



LOT : 210600  
PER : 12~2023  
PPV : 140,00DH

LOT 210586  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

14011124



9

6 118001 130184

30 comprimés à Libération Modifiée

PPV : 79,90 DH

Nom: KHNIFI ABDELLAH  
Date de naissance: 13/05/1963  
Sexe: Masculin  
Poids: -  
Taille: -

Identifiant: KHNIFI  
Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED  
Raison sociale:  
Téléphone: 0522987237  
Temps d'enregistrement: 27/01/2023 15:38:30

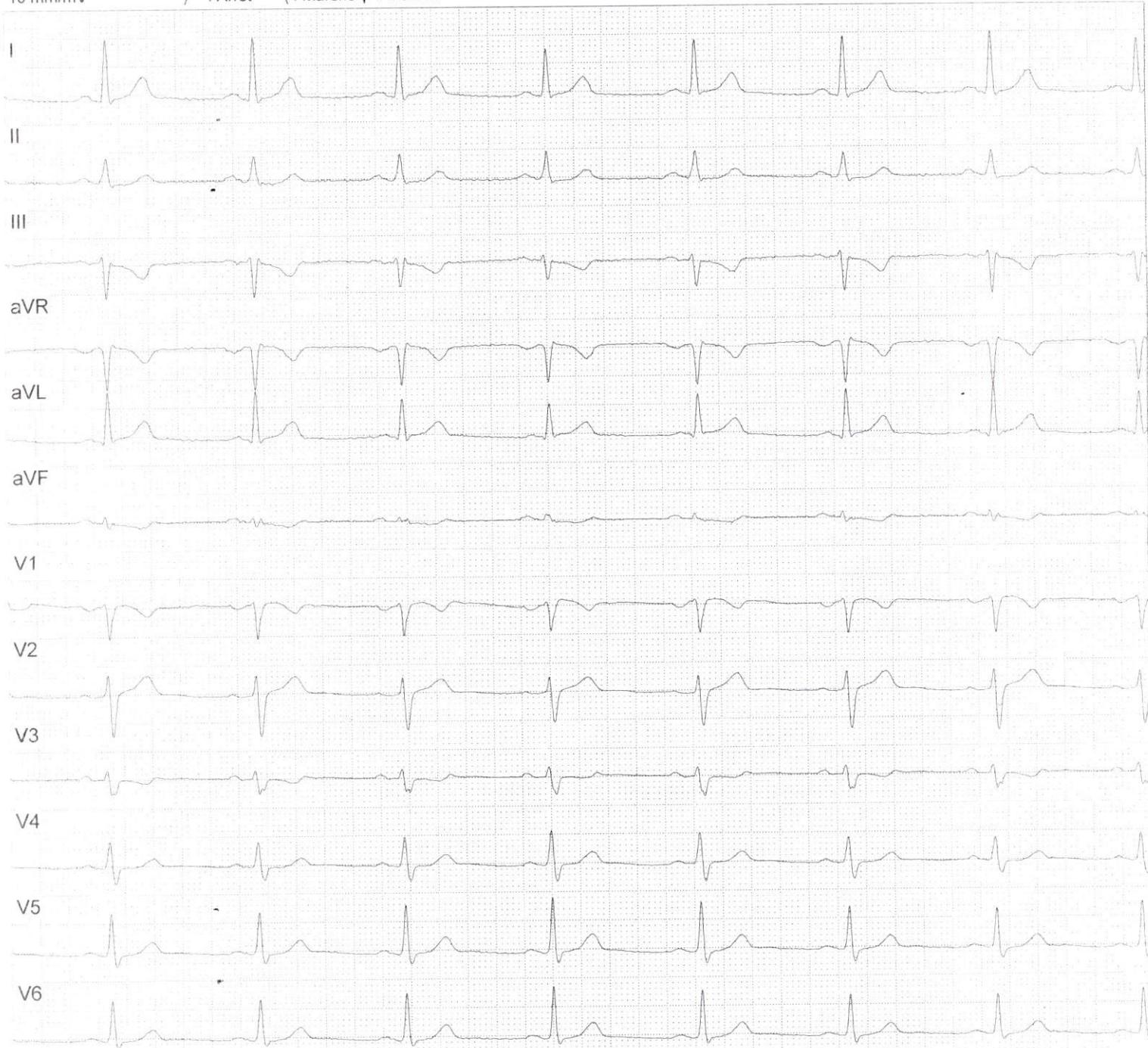
1/1

25 mm/s  
10 mm/mV

□ : Arrêt △ : Marche ✓ : Marche

HR: 58 bpm

0 sec. - 8 sec.



$\text{P} = 122 \text{ mmHg}$   
78