

# 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.

N° M21- 073196

Optique *161952*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *4528*

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ALAMI RAHMOUNI Abdeljalil*

Date de naissance : *20.03.1958*

Adresse : *10 Rossoltane, rue Stephane Mallarme*

*ETG1 ATP3 Val Fleurie Cas 9*

Tél. : *0661328624* Total des frais engagés : *2400,-* Dhs

Cadre réservé au Médecin

**DR. EL KIFANI Ahmed**

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : *20.05.2023*

Nom et prénom du malade : *EL FAZOUZI Khadija* Age : *1963*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : *HTA d'ulcères de l'œsophage*

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 : *2023* Le : *20.05.2023*

Signature de l'adhérent(e) : *M. H. A.*

### 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
20/05/2023	C2 + ECG		30000	<i>DR. KHOVNIKOFF</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE A MAMNE</i> AGUEDACH KAMENE Quartier Vieux Toulon, 82, Rue Jeanne d'Arc Mugler, Résidence Talbitt, 82, Rue Jeanne d'Arc Tél/Fax: 0522 99 69 71	20/05/2023	9.100,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
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	
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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



Nom: EL FAZOUZI KHADIJA  
Date de naissance: 26/06/1963  
Sexe: Féminin  
Poids: -  
Taille: -

Identifiant: EL FAZOUZI KHADIJA  
Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED  
Raison sociale:  
Téléphone: 0522987237  
Temps d'enregistrement: 20/05/2023 12:20:47

25 mm/s  
10 mm/mV

□ : Arrêt

▽ : Marche

▽ : Marche

HR: 73 bpm

0 sec. - 8 sec.



Dr. EL KIFANI Ahmed  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél: 05 22 98 72 37  
ICE: 001745483000083  
INPE: 091056705

TA = 130 mmHg  
68

# الدكتور أحمد الكيفاني

إختصاصي في أمراض القلب والجهاز الدموي

خريج كلية الطب بلجوج وتولوز

طبيب مساعد بمستشفيات فرنسا سابقا



# Docteur Ahmed EL KIFANI

Spécialiste des maladies du Coeur et  
des Vaisseaux

Diplômé des facultés de Médecine de  
LIMOGES et TOULOUSE

Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE  
Ancien Externe des Hôpitaux de BORDEAUX



## ELECTROCARDIOGRAMME

NOM : ELFAZouzi KHADIJA

Date : 20.05.2023

82، زنقة سمية - شارع عبد المؤمن ( عمارة رونو ) - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

82, Rue Soumaya Angle Bd . Abdelmoumen (Immeuble RENAULT)  
Casablanca : 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19