

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031841



☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2430 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : SEFIANI MOHAMED
Date de naissance : 6/6/1955
Adresse : N°3 Im 81 LOT ATTADAMOUN
OULEA CASA
Tél. : 06 69 794 115 Total des frais engagés : 2521,00 Dhs

PRAFR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie: 0

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 : 24/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																	
				Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0060462	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0060462

DATE DE DEPOT

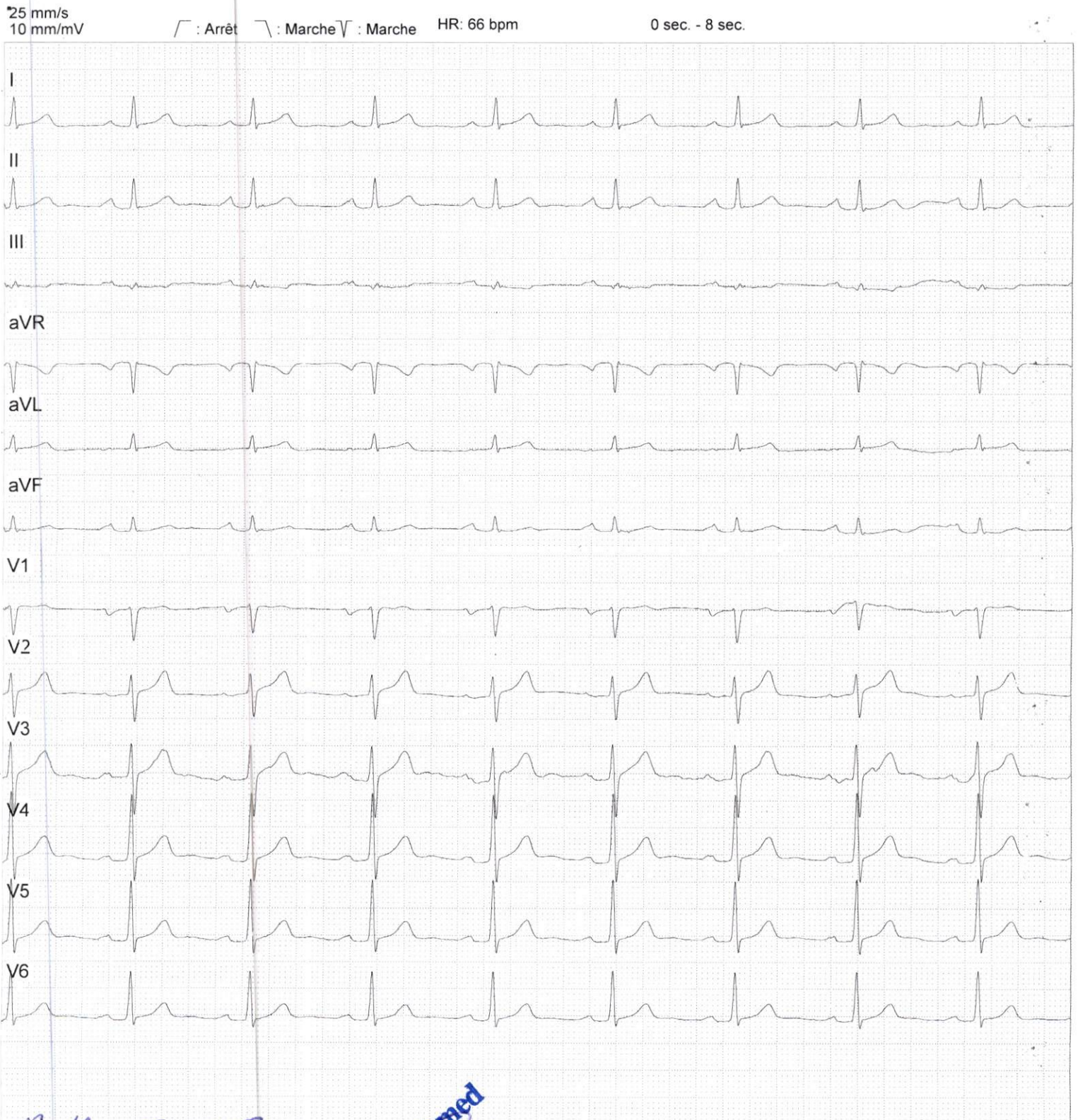
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2430	Signature 	
Nom & Prénom SEFIANI MOHAMED				
Fonction RETRAITE	Phones 0669794115			
Mail asmarsefiani@gmail				
MEDECIN	Prénom du patient SEFIANI MOHAMED		Date 13/10/2023 Date 1ère visite _____	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 68 ans			
Nature de la maladie				
HTA + Coronaropathie				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C1 + BCO		30000		
PHARMACIE	Date 13/10/23		Cachet 	
Montant de la facture	2221.00			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date _____	Cachet 	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date _____	Cachet 	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

Nom: SEFIANI MOHAMED
Date de naissance: 06/06/1955
Sexe: Masculin
Poids: -
Taille: -

Identifiant: SEFIANI MOHAMED
Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED
Raison sociale:
Téléphone: 0522987237
Temps d'enregistrement: 19/10/2023 12:42:21

1/1



rythme Sinusale
ECG = normale

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél.: 05 22 98 72 37
ICE: 001748483000089
INPE: 091056705

TA = 240 / 90 mmHg

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
5 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
5 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
5 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
5 118001 081035

PER: 02/2024
LOT : 21E001
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

PER: 02/2024
LOT : 21E001
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

PER: 02/2024
LOT : 21E001
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

PER: 01/2025
LOT : 22E001
SECTRAL 200MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

PER: 01/2025
LOT : 22E001
SECTRAL 200MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 113000 060154

PER: 01/2025
LOT : 22E001
SECTRAL 200MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
6 118000 060154

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
5 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Prazol[®] 20mg
Omeprazole
28 gélules
PPV: 96DH00
PER: 03/25
LOT: L3553-1
6 118000 041009

Prazol[®] 20mg
Omeprazole
28 gélules
PPV: 96DH00
PER: 03/26
LOT: M2622-3
6 118000 041009

TAHOR[®] 20mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 250807

TAHOR[®] 20mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 250807

EXP :
LOT N° : HK 0386
P.P.V
103,40
103,40

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



الدكتور أحمد الكيفاني

إختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية
خريج كلية الطب بليموج

82، زنقة سمية - شارع عبد المومن
(عمارة رونو) - الدار البيضاء

☎: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

Sur Rendez-vous

Casablanca, le

13/10/2023

PHARMACIE SAIB

Dr. Zakaria SAIB
154, Bd Oued Ddaoua
El Azhari - Oulfa Casa
Tél 05 22 91 18 22

Mr SEFIANI Mohamed
239.00
→ LOAPROVEL 300mg 2 x 1 (AP)
37.00 x 6 2 x 1/j
→ septral 200mg 1/2 x 2/j (AP)
27.00 x 6
→ CardioAspirine 200mg 1 x 1 (AP)
→ Zylone 100mg 2 x 1/j le soir (AP)
103.40 x 2
→ TANOR 20mg 4 x 1/j le soir (AP)
96.00 x 2
→ Prazocin 20mg 2 x 1/j le soir (AP)
QSD six mois
2221.00

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