

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

- 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.

M23- N° 0031841
A 89764

Maladie Dentaire Optique Autres

■ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2430 Société : RAM RETRAITE
 Actif Pensionné(e) Autre : SEFIANI MOHAMED
 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

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 Pathologique

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) : [Signature]

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

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	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433555
00000000	00000000

The diagram shows the 12th edition of the International System of Numbered Teeth (ISO 3950). It consists of two arches: the upper arch (maxilla) and the lower arch (mandible). The teeth are numbered sequentially from 1 to 32. The upper arch starts with 1 at the midline, followed by 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, and ends with 32 at the midline. The lower arch starts with 1 at the midline, followed by 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, and ends with 32 at the midline. The teeth are represented by circles with numbers inside, and the arches are shown in a perspective view.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISAGE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

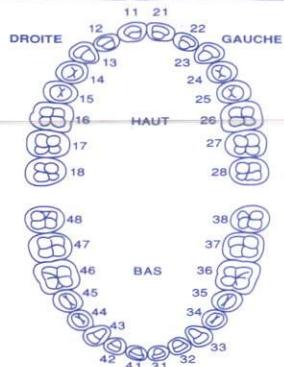
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées Nature des soins Coefficient

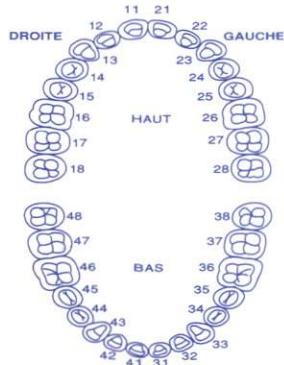
Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D			G
00000000		00000000	
35533411		11433553	

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

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**

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

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

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

P 17 / 0060462

DATE DE DEPOT

1 / 1201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2430

Nom & Prénom **SEFIANI MOHAMED**

Fonction **RETRAITE** Phones **0669794115**

Mail **asmarsfiani@gmail.com**

Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient **SEFIANI MOHAMED**

Adhérent Conjoint Enfant Age **68 ans**

Date **15/10/2013**

Nature de la maladie

Date 1ère visite

HTA + coronaropathie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Cl + ECO

300/00

PHARMACIE

Date **15/10/2013**

Montant de la facture

2221.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

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

25 mm/s
10 mm/mV

□ : Arrêt △ : Marche V : Marche HR: 66 bpm

0 sec. - 8 sec.



rythme Sinusal
ECG = normal

Dr. ELKIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya 2, Casablanca
Tel.: 05 22 98 72 37
ICE: 001748483000083
INPE: 091056705

TF = 140 mmf
30

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

اختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليموج

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

05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

Sur Rendez-vous

Casablanca, le

13/10/2013

بالموعد

DR. ZAKOURI SAIB

154, Bd Oued Daouira

El Azhari - Oulfa Casab.

Tél 05 22 91 19 47

Ms SEPANI Mohamed
235.00 → Captopril 300mg Tagesdosis (AP)

37.00x6 → Sectral 200mg 1/2 x 2/j (AP)

27.60x6 → Cardio Aspirine 200mg à mardi (AP)

→ Zylex 100mg 2x1/j le Jeudi (AP)

103.40x2 → TAHLOR 20mg 2x1/j le Dimanche (AP)

96.00x2 → Prazole 20mg 2x1/j le Vendredi (AP)

QSL SIX MOIS

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOTOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél.: 05 22 98 72 37
ICE: 00174843000083
INPE: 091056705

2221.00