

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° W19-435743

ND-29847

Me conjoint 2009 .

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : **BENCHERIF SIDI SAID**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MR BENCHERIF S. SAID**

Date de naissance : **01 - 02 - 1952**

Adresse :

Tél. : **06 61 45 37 69** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. A. EL KIFANI
MICROBIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 0522 987142 - 0661 18.75.82
Tél: 0522 987142 - 0661 18.75.82
Tél: 0522 987142 - 0661 18.75.82

Date de consultation :

24 JUN 2020

Nom et prénom du malade

BENCHERIF SIDI SAID

Age: **68**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HIPPOKINETE

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 : **Casablanca**

Le : **22,04,2020**

Signature de l'adhérent(e)

SAID

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
22/04/2020	+ C 7 + ECG	300/00	INP : 091056705	Dr. A. EL KIFANI CARDIOLOGUE Rue Soumaya - Casablanca Tél: 0522.98.72.37 / 0661.19 Tél/Fax : 0522 27 65 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LILAS M Mme. SEKKAR Laila 40 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdellatif Ben Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél/Fax : 0522 27 65 80	22/04/20	61,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

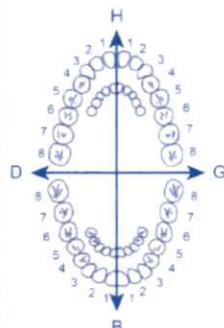
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

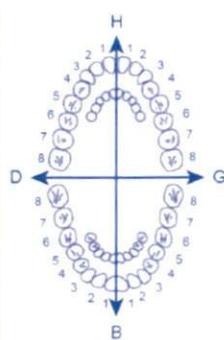
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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



الدكتور أحمد الكيفاني

اختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليموج

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

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

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le 22/04/2020 الدار البيضاء في

M BENCHERIF Sidi SAID
→ Régime pour la le

=> Detariel 100mg

-1Q/j

=> Lyoranxia 100mg

4/2/00

Pharmacie
Mme. SEKOU
4 bis, Rue Reaumur
Quartier des Hôpitaux
Tél/Fax :

10130 x 6

=> Poliprane 500mg

1 Qx 3/j

6M/80

PPV:10DH30
PER:03/21.
LOT:H683

PPV:14DH00
PER:07/21
LOT:H1584

PPV 10 DH 30
PER 11/22
LOT 12550

PPV:10DH30
PER:11/22
LOT:I2599

PPV 10 DH 30
PER 11/22
LOT 12551

PPV:10DH30
PER:12/20
LOT:G2885

Nom: BENCHRIF SIDI SAID
Date de naissance: 01/02/1952
Sexe: Masculin
Poids: -
Taille: -

Identifiant: BENCHRIF
Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED
Raison sociale:
Téléphone: 0522987237
Temps d'enregistrement: 22/04/2020 13:40:19

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

/ : Arrêt \ : Marche V : Marche HR: 100 bpm

0 sec. - 8 sec.



Tachycardie Sinusale
ECG normal

Dr. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.32
ICE: 001148483000083