

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.

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



Déclaration de Maladie

ND: 23841
N° W19-435647

Conjoint Bencherif 762048

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2009 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Bencherif Amia Wee Fassil
 Date de naissance : 11/04/1956
 Adresse :
 Tél. : 0661711176 Total des frais engagés : 2466 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BENCHERIF AMIA Age: 64
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 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 : OUSA Signature de l'adhérent(e) : Le : 23/06/2020

RELEVÉ 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
05/05/2020	+ Ecg } ECG		300.00	INP : 091056705 DR. A. EL KAFANI CARDIOLOGUE Rue Soumaya - Casablanca Tél : 0522 27 37 0661.18.75.82 Fax : 001745483000083

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LILAS-M Mme. SEKKAT Laila bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél/Fax : 0522 27 65 80	05/05/20	2166

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

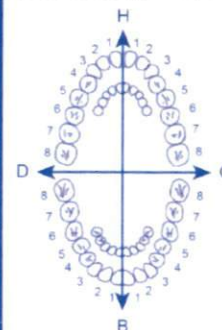
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

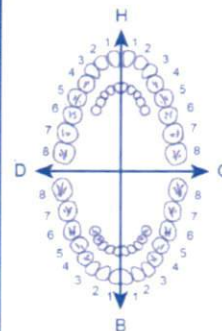
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
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

CCEFFICIENT
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

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

بالموعد

Casablanca, le

05/05/2020

.. الدار البيضاء في

Mme BENCHERIF Amina

→ Régime Low Salt

367.00 x 6

EXFORBE 5/260mg Country (AP)

24/8

06 mois

Pharmacie LILAS .M

Mme. SEKKAT Laïla

4 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen
Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél/Fax : 0522 27 65 80

2/66/100

Dr. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 0522 98 72 37 / 0521 15 75 82
ICE: 001748483000083



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

☒ valable 3 mois

Le 05/05/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BENCHARIP Amina

Présente

HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Renouvelable sans arrêt

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Exporcel 5/260 mg

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82
ICE: 001748483000083

Nom: BENCHERIF AMINA
Date de naissance: 11/04/1956
Sexe: Féminin
Poids: -
Taille: -

Identifiant: BANCHERIF
Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED
Raison sociale:
Téléphone: 0522987237
Temps d'enregistrement: 05/05/2020 11:59:10

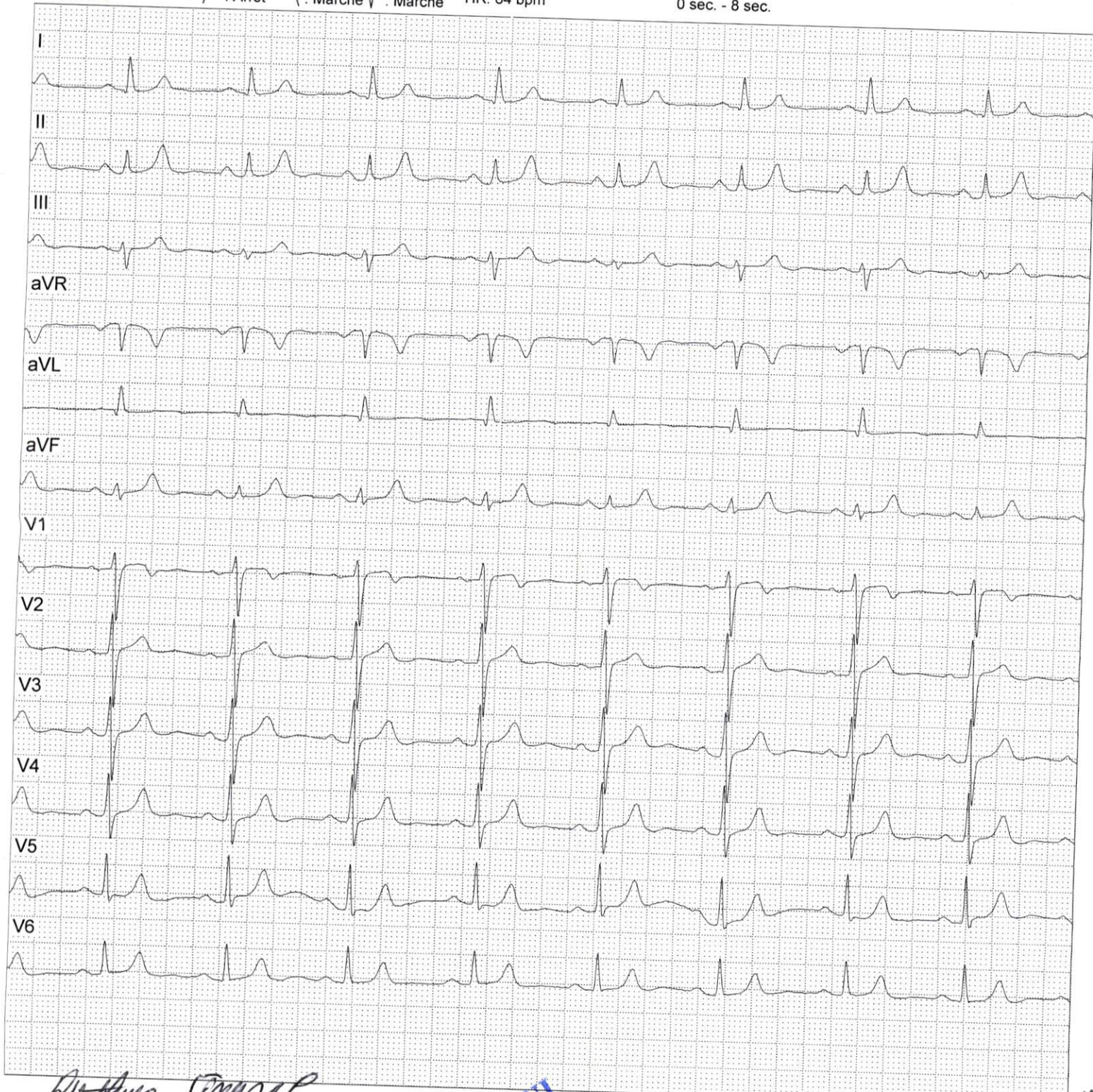
1/1

25 mm/s
10 mm/mV

┌ : Arrêt └ : Marche

HR: 64 bpm

0 sec. - 8 sec.



Rythme Sinusuel
ECG Normal

DR. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tel: 0522 987 237
ICE: 001745483000083

TA = 150/63 mmHg

(Sat₂ = 98 %)