

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° P19-0036289

ND: 31353

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1071 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOULAMA - FARESS

Date de naissance : 14-10-1951

Adresse : Rés AL Badr - G411. Im 8 n°03

AL Qods Sidi Belouadi CHSA

Tél. : 0665993973 Total des frais engagés : 553,50 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 JUIN 2022

Nom et prénom du malade : Toulama Fares Age :

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

Nature de la maladie : Mal - HTA + Diabète

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 : Le : 19 JUIN 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
29 JUIN 2020	C-TH		3000	CABINET MEDICAL Dr. OUKHLIFI HAFID 58, Bd. d'Etat en Médecine Gie Tél : 05 22 30 26 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/6/20	553,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

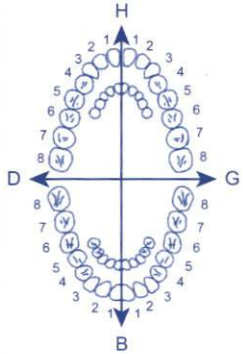
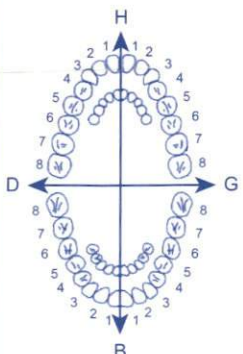
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

ECHOGRAPHIE

ECG

الدكتور حفيظ أوخليفة

طبيب رئيس سابقا بالقوات المسلحة الملكية

الكشف بالصدى (إكوغرافي)

تخطيط القلب

Casablanca, le

N° Toulana. FARESS

78,70

107,20

78,70

107,60

87,60

30,40

Kendou

LOT 200219

EXP 02 2023

PPV 107,60

107,60

CABINET MEDICAL
Dr. OUKHLIFT HAFID
Dr. d'Enseignement Médical
55, Bd. d'Alsace - Casablanca
Tél : 05 22 30 26 23

شارع الأناضول، الرقم 58، الطابق الثاني، بنجدية، قرب سوق بنجدية • الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 30 26 23

58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benjdia près du Marché • Casablanca • Tél.: 05 22 30 26 23

N43,50

- 12 d z lis

20 y  1

193,00

- 5 h x p

CABINET MEDICAL

Dr. OUKHLIFI HAFID

Dr. d'Etat en Médecine Générale

58, Bd. d'Alsace - Casablanca

Tél. : 05 22 30 26 28

553,50

143,50
PPV 143 DH 50
PER 10/21
LOT 12479-2

Pharmacie APL ALBAHR
Dr. LAHLOU BTISSAM
Diplômée de la Faculté de SÉVILLE ESPAGNE
Lot. Al Bahr Imm. 63 N° 8 - Ain Sebaâ
Tél : 05 22 34 13 39 - Casablanca

30 Comprimés pelliculés
LOT: KE900F6
PER: JUL 2021
PPV: 193 DH 00

24 JUN 2020

CABINET MEDICAL
Dr. OUKHLIFI HAFID
Dr. d'Etat en Médecine Générale
58, Bd. d'Alsace - Casablanca
Tél. : 05 22 30 26 23

1. Toubon FAKA

For. Toubon

vs. 1/2

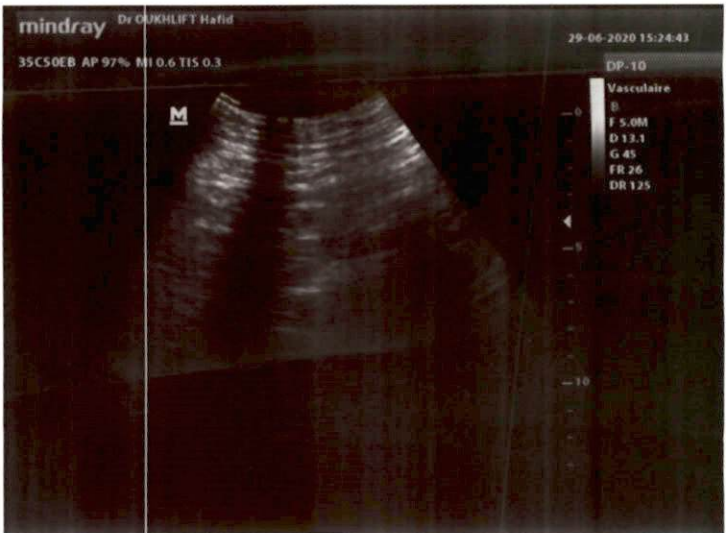
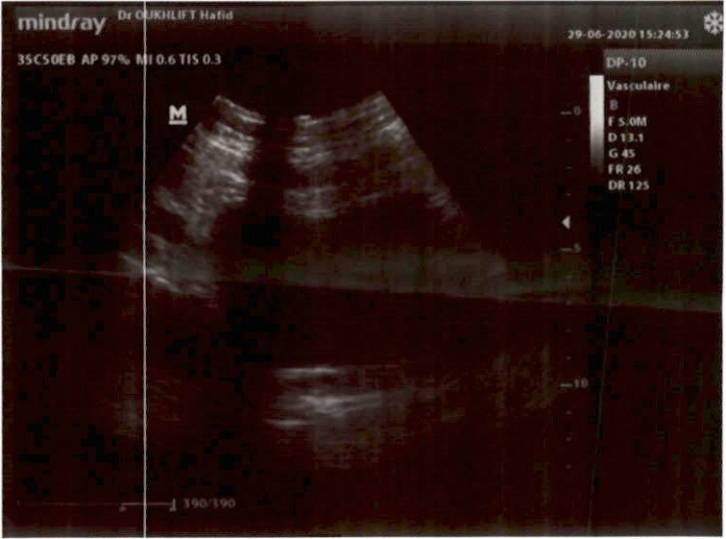
vs. 1/2

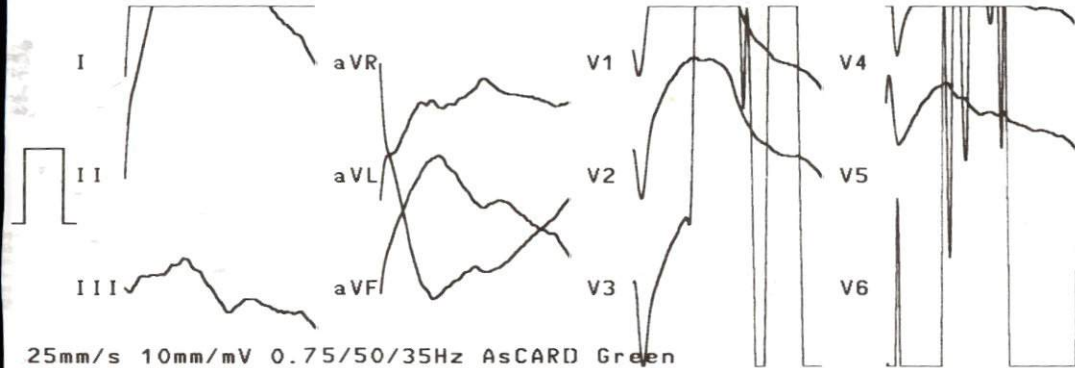
vs. 1/2

1/2

eg. n. Me

CABINET MEDICAL
Dr. OUKHLIFI HAFID
Dr. d'Etat en Médecine Générale
58, Bd. d'Alsace - Casablanca
Tél. : 05 22 30 26 23

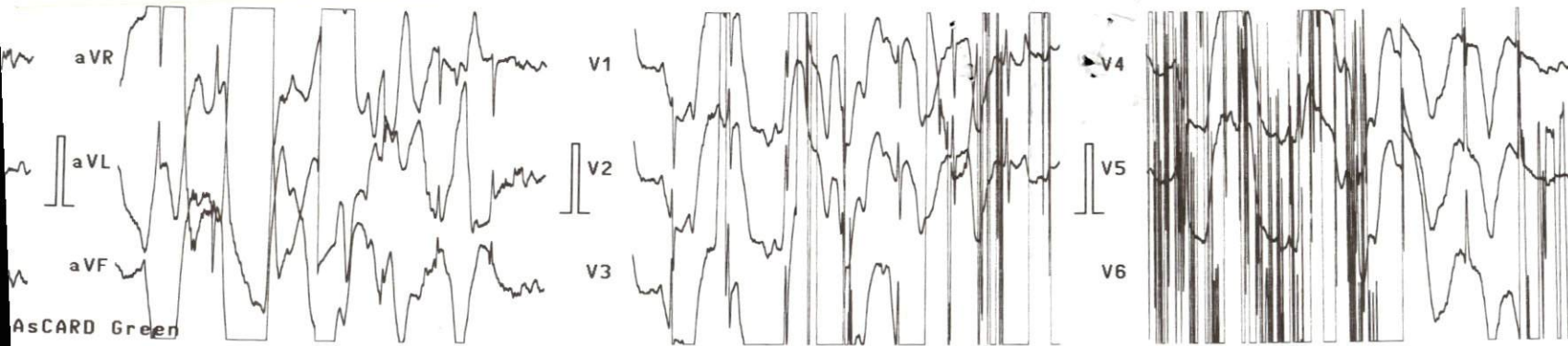




HR: 209 [1/min]
 RR: 286 [ms]
 QRS: 7 [ms]
 QT: 331 [ms]
 QTc: 618 [ms]
 P: 0 [ms]
 PQ(PR): 0 [ms]
 Axe QRS: 0 [°]
 Axe P: 0 [°]
 Axe T: 0 [°]

	P+	P-	Q	R	S
I	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
II	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
III	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
aVR	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
aVL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
aVF	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00
V1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
V2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
V3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
V4	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
V5	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
V6	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Valeurs en [mV]



PATIENT

Prénom: Faress

Nom: Toulama

No d'identif.:

Sexe:

Age: mois

Taille: cm

Poids: kg

Pression artérielle: / mmHg

#1:

#2:

CABINET

Nom: Dr oukhlift hafid

Adresse: Bd alzace benjdia

Contact: 0522302623