

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.

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 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

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 062006

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048 Société : 48284
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MR BENCHERIF Ali - Said
Date de naissance : 01-02-1952
Adresse :
Tél. : 06 61 45 37 62 Total des frais engagés : #488.30# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.12.75.82
ICE: 2011.45.45.000000
Date de consultation : 11/11/2020
Nom et prénom du malade : BENCHERIF Ali - Said
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 : Casablanca

Le : 11/11/2020

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
11/11/2020	Consulte	1	AM Gratuit	

et la signature du Médecin
tant le Parolement des Actes

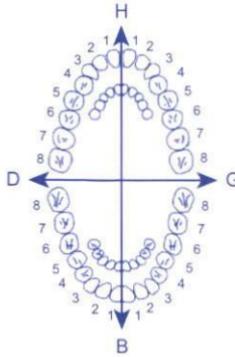
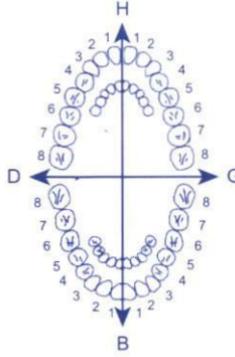
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/20	41830

Montant de la Facture

[illegible]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	

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																																													
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important :</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de</p>																																													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																										
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Coefficient des Travaux <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>																																									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>																																									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Début d'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>																																									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Fin d'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>																																									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																												
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </td> <td> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date du Devis <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date de l'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION </div> </td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date du Devis <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date de l'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																												
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>																																									
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date du Devis <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>																																									
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date de l'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>																																									
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																												
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																												
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																												
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																												
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																												
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION </div>																																													

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

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The arch is supported by two main piers, each labeled 'D' and 'C' on the left and right respectively. The arch is divided into two halves by the central pier. Each half of the arch is supported by a series of smaller piers, numbered 1 through 8 from the center outwards. The arch is shown in a perspective view, with the top of the arch at the top and the bottom at the bottom.

— G

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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

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

Sur Rendez-vous

Casablanca, le



الدكتور أحمد الكيفاني

إختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية
خريج كلية الطب بليموج

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

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

بالموعد

الدار البيضاء في

Mr. BENCHEUR Sté PHO
89.20 + 138.60 = 227.80

→ AMBROSIN 20 mg (100)

24/8
82.00 x 3 = 246.00

→ NEBILET 5mg 5 mg (100)

14/8

488.20

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

Dr. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19
ICE: 001748483000083

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

UT.AV : 1 0 2 1 2 7

P.P.V.

LOT N° : 1 2 9 2 4 2

8 9 2 0

89,20

UT.AV : 1 5 2 3

P.P.V.

LOT N° : 1 2 9 1 5 6 9

1 3 6 0

136,60

☒ valable 3 mois

Dr. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82
ICE: 001748483000083
Le 11/11/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

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