

# 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'accord préalable est exigé 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'accord préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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 | adhession@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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-599274  
64020

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8665

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SEMMAMI HICHAM

Date de naissance :

13/03/70

Adresse :

Tél. :

0661 177233

Total des frais engagés

401,40 DH

### Cadre réservé au Médecin

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

ACCUEIL

Date de consultation :

26.01.2021

Nom et prénom du malade :

SENNANI HICHAM Age: 43

Lien de parenté

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

L'apnée nocturne

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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 26/01/21

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
26/01/2021	+ CS ECG }		300/80	INP : 0941056705 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tel. ICE. Montant de la Facture
 Pharmacie Al BOURAIDI DR. BELLEMILH Houda 21 Bd Ali Houari "E" CASABLANCA Tel: 0522 38 33 75	26/01/21	101,40 Dh

#### **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
		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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411      11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	35533411      11433553		
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	00000000													
	35533411      11433553															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 المؤمن

( عمارة رونو ) - الدار البيضاء

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

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le

26/10/2021

الدار البيضاء في

Mr. FERMANI HICHAM

Cardensiel 2,5mg (A1)

28 x 20

$$50,40 \times 2 = 100,80$$

01 mois

Pharmacie ABIBOURAIRA  
Dr. BELLEMLIH Houda  
21, Bd Abi Houraira, "E"  
CASABLANCA  
Tel: 0522 38 33 75



Comp Cardensiel 2,5mg B30

PPV: 50,70 DH

7862160238



Con Cardensiel 2,5mg B30

PPV: 50,70 DH

7862160238

Dr. A. EL KIFANI  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumaya casablanca  
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.72  
ICE: 001748483000083

ID: SEMMAMI  
SEMMAMI, HICHAM  
HOMME 13/03/1970 (50 ANS) CAUCASIEN  
TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/-  
TRAITEMENT:  
OPÉRATEUR:  
NOTES:  
*Pt = 130/80 mmHg*

26/01/2021 13:06  
FC: 75  
PR: 150  
QRSd: 88  
QT/QTc: 382/408  
QTcB: 427  
QTcF: 411  
R v5-6 /S v1 0,98/0,83  
Sok-Lyon: 1,81  
AXES: 48/-9/28

bpm  
ms  
ms  
ms  
ms  
mV  
mV  
°

Non confirmé

*Re-Hicham SEMMAMI  
ECG normal*

Dr. A. ELKIFANI  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumata - Casablanca  
Tel: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82  
ICE: 001748483000083

