

# 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

72040

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : 909 Société : RAM / MUPRAS

Actif  Pensionné  Autre :

Nom & Prénom : FARIA T Driss

Date de naissance : 01/07/45

Adresse : 9, Rue Abdelmajid BENI EL HOUN. Fakir - 20370

Tél. : 0610902902 Total des frais engagés : 1073,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

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

Date de consultation : 21/05/2021

Nom et prénom du malade : SARAK ZAHIRA Age: 66ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : VARICOSE DE MRS ZAHIRA

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 : 26 MAI 2021

Signature de l'adhérent : J. M. R. ACCUEIL N.



## 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
21/05/2021	CS + ECG	3	300.00	Dr. A. EL KIFAN CARTER LOGUE 82, Rue Soumaya - Casablanca Tél: 0522.98.72.37 / 0561.49.75.82 ICE: 001748483000083

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PC SOUMAYA	21/05/2021	473,70

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

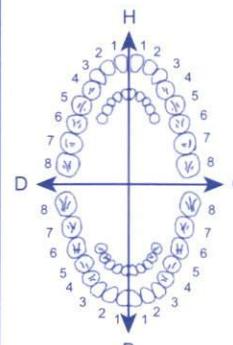
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	
21/05/2021						SCIONTEC 40, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux Tél: 0522 22 88 22 / 0522 27 12 11 Fax: 0522 27 12 15

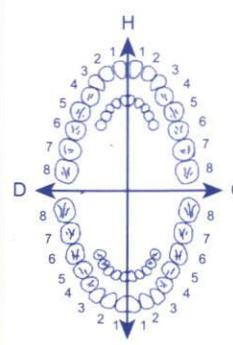
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">25533412</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	D	00000000	G	00000000	B	35533411	H	21433552	D	00000000	G	00000000	B	11433553
H	25533412																
D	00000000																
G	00000000																
B	35533411																
H	21433552																
D	00000000																
G	00000000																
B	11433553																
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



**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

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



**الدكتور أحمد الكيفاني**

اختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليموج

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

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

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le

21/05/2011

الدار البيضاء في

Mme SOUKA ZAHRA

→ une paire de Bas de contention  
( classe II )

Venue

Classe II

**SOIOME**

40, Rue des Hôpitaux  
Quartier des Hôpitaux

Tél: 0522 22 88 22 / 0522 27 12 13  
Fax: 0522 27 12 15

DR A. EL KIFANI  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél: 0522 98 72 37 / 0522 25 18 75 82  
ICE: 001748483000083



CASA Le : 21/05/2021

SAKAK ZAHIRA

Facture N° : FT5496/21

Mode Régl. : ESP

TVA	Désignation	Qté.	Prix TTC	U.G	Remise	Mont. TTC
20	21/05/2021 BL013897/ BAS CUISSE DE CONTENTION CL II T 4 PIED OUVERT	1	300.00			300.00

**SOLOMED**  
 40, Rue des Hôpitaux  
 Quartier des Hôpitaux  
 Tel: 0522 22 88 22 / 0522 27 12 15  
 Fax: 0522 27 12 15

HT 20 % :	250.00	TOTAL HT :	250.00
TVA 20 % :	50.00	T.V.A :	50.00
		TOTAL TTC:	300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES ./.

ID: SADAK  
SADAK, ZAHIRA  
FEMME 01/03/1955 (66 ANS) CAUCASIEN  
TAILLE: — cm POIDS: — kg TA: —/—  
TRAITEMENT:  
OPÉRATEUR:  
NOTES:

Dr. SADAK ZAHIRA  
80

21/05/2021 12:54  
FC: 89 bpm  
PR: 152 ms  
QRSd: 78 ms  
QT/OTC: 346/396 ms  
QTcB: 421 ms  
QTcF: 394 ms  
R v5-6 /S v1 0,92/0 mV  
Sok-Lyon: 0,92 mV  
AXES: 69/-30/60 °

~~Non~~ confirmé

*by the SADAK  
+ DPO Coroartis non spéciifique*  
**Dr. A. EL KIFANI**  
**CARDIOLOGUE**  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tel: 0522 56 72 37 / 0661 10 75 82  
ICE: 001748483000083

