

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0028596

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9429 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Ex-Agent
 Nom & Prénom : KUNIFI ABDELLAH
 Date de naissance : 13/05/1963
 Adresse : 57 Rue 7 LOT ILHAM HAY HAKANI
 CASA
 Tél. : 06 35 53 87 66 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. EL KIFANI Ahmed
 82, Rue Soumaya - Casablanca
 Tél. : 05 22 98 72 37
 ICE : 001748483000083
 INPE : 091056705
 Date de consultation : 27/09/2022
 Nom et prénom du malade : BENNAOUI SOUAD Age : 54
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : 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 : CASA

Le : 27/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

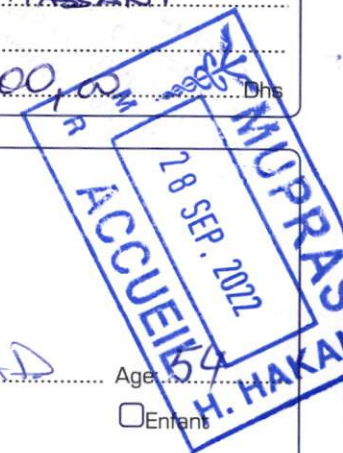
Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
27/09/2022	C ₂ + ECG	1	300/00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/09/2022	300,00 DH

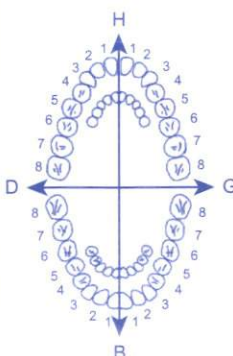
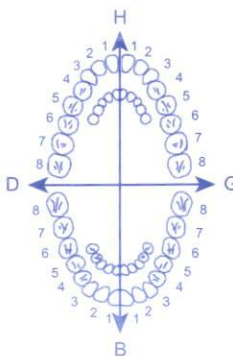
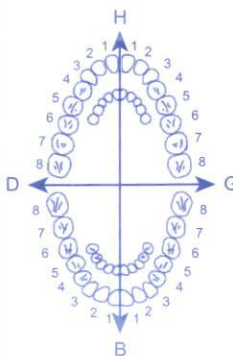
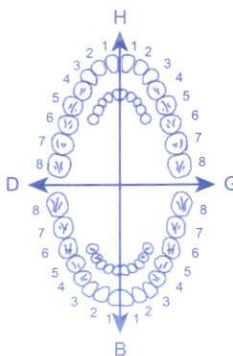
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																					
<div style="text-align: center;"> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div>	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		35533411	11433553		B						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D	G																							
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																					
<div style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[illegible]

		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

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

27/03/2022

الدار البيضاء في

Mme EL KIFANI SOUAD
→ Régime Low fat

→ Delapride le matin (AP)
42 SP/j 04 mes

150,00 x 2

300,00

PHARMACIE HAY EL WHAK
Lot 778 El Whak 3 Rue 65
El Oufia - Casablanca
Tel: 05 22 90 05 56

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tel.: 05 22 98 72 37
ICE: 001748483900083
INPE: 091056705

ديلايريد® 5/30
ديلايريل / اندا ليد

P.P.V. 150DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.



ديلايريد® 5/30
ديلايريل / اندا ليد

P.P.V. 150DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.



ID: BEJNAOUI
BEJNAOUI, SOUAD
FEMME 28/02/1968 (54 ANS) CAUCASIEN
TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/
TRAITEMENT:
OPERATEUR:
NOTES:

M2 234
74

27/09/2022 10:45

FC: 61
PR: 168
QRSd: 90
QT/QTc: 414/415
QTcB: 417
QTcF: 416
R v5-6 /S v1 0,91/0,46
Sok-Lyon: 1,37
AXES: 53/29/45

bpm
ms
ms
ms
ms
ms
mV
mV
°

~~Non~~ confirmé

Rythme Sinus
ECG Normal

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél.: 05 22 98 72 37
ICE : 004748483600083
INPE : 091056705

