

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 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2516 Société : AL3886

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HARCHACHE EL MAAACHI

Date de naissance : 07-12-1956

Adresse : Haïk Halloui bloc 102 d. 22 DR ELAMAL CASA

Tél. : 06 78 56 77 87 Total des frais engagés : 300.00 + 223.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél. : 05 22 98 72 37
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12-12-2022

Nom et prénom du malade : HARCHACHE EL MAAACHI Age : 66ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CORONAROPATHIE HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
12/12/2021	CS + ECG	1	30000	DR. EL KIFANI AHMED B2, Rue Soulayma Tel: 0522 98 72 37 ICE: 001248463000083 INPE: 091056705

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  <p>PHARMACIE M. TAHIR 10, AV. DE LA LIBERTE 93190 SAINT-DENIS TÉL. 01 49 42 63 63 - FAX 01 49 42 22 90</p>	12/12/22	223,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		Coefficient des travaux <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D															
G															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
<p>MONTANTS DES SOINS</p>															
<p>DATE DU DEVIS</p>															
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

اختصاصي 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

12/11/2002

البيضاء في

Lot : T10991A

Per : 09/2025

PPV : 88 DH 10

Dr HARCHACHE EL MAMI

88,10

CORONAT 200mg

Cardiof (Apt)

28/2

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 1 0001 090280

27,70

Cardiospirine 200mg

49,40

49,40

28/2

57,80

Amep 5mg 28/2

Cardiof (Apt)

57,80

TORVAZ 20mg 28/2

Cardiof (Apt)

223,00

QSL Six weeks

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M. TAHIR HASSANI
10 Rue Afghanistan
Hassani - Casablanca
0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04

Dr. EL KIFANI Ahmed
CARDIOLOGUE

82, Rue Soumaya - Casab
Tél. : 05 22 98 72 31
ICE : 001748483000083
INPE : 091056705

LOT : 1108
PER : 10/24
PPV : 57,80 DH

Nom: HARCHACHE EL MAACHI
Date de naissance: 07/12/1956
Sexe: Masculin
Poids: -
Taille: -

Identifiant: HARCHACHE
Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED
Raison sociale:
Téléphone: 0522987237
Temps d'enregistrement: 14/01/2020 12:40:54

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

/ : Arrêt \ : Marche V : Marche

HR: 84 bpm

0 sec. - 8 sec.



Attelle Sinael
Elle Nouriel

DR. EL KHFANI Ahmed
CARDIOLOGUE
82, Rue Soussaya - Casablanca
Tél.: 05 22 98 72 37
ICE: 001748483000083
INPE: 091056705

TA = 138 mmHg
84