

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 caractére 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 : 2053 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BERRABEH JAMAL

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : 77 - RUE D'AGADIR AP-2 CASABLANCA

Tél. : 05 22 263262 Total des frais engagés : 300 + 1669,20 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 : 22/05/2020

Nom et prénom du malade : BERRABEH ZOURIA Age : 71

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA/DID + ITC modérée

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 : 29/04

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 22/05/2020

## VOLET ADHERENT

Nº P19-046947

Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2053

Nom de l'adhérent(e) : BERRABEH J

Total des frais engagés : 300 + 1669,20

Date de dépôt : 4/05/2020

## 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
22 05 2020	+ ECG	3	300,00	Dr. A. EL KIFIANI Cardiologue Casablanca 21/0661.18.75.82 0000083

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/05/2023	1669,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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	Coeffic
LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :19E005 PER :07/2023	LOT : 8MA066 PER : 04/2022	Lasilix 40mg 20 Cp séc P.P.V : 34DH60 6 118000 060468	Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1. Ain sebâa Casablanca APROVASC 300mg/5mg B28 Cp Pel PPV : 185,60 DH 6 118001 082049
Lasilix 40mg 20 Cp séc P.P.V : 34DH60 LOT : 9MA002 PER : 03/2023	LOT : 9MA001 PER : 03/2023	Lasilix 40mg 20 Cp séc P.P.V : 34DH60 6 118000 060468	Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1. Ain sebâa Casablanca APROVASC 300mg/5mg B28 Cp Pel PPV : 185,60 DH 6 118001 082049
LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :19E006 PER :07/2023	LOT : 5MA029 PER : 06/2019	Lasilix 40mg 20 Cp séc P.P.V : 34DH60 6 118000 060468	Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1. Ain sebâa Casablanca APROVASC 300mg/5mg B28 Cp Pel PPV : 185,60 DH 6 118001 082049
Lasilix 40mg 20 Cp séc P.P.V : 34DH60 LOT : 0M001 PER : 02/2023			I.H.V D'EXECUTION

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### **(Création, remont, adjonction)**

**Maphar**  
 Km 10, Route C6tière 111,  
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Crestor 10mg cp pell b30  
**P.P.V : 243,00 DH**  
  
 6 118001 183111

**Maphar**  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain seba Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
**P.P.V : 243,00 DH**

**Maphar**  
 Km 10, Route C6tière 111, O  
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
**Crestor 10mg cp pell b30**  
**P.P.V : 243,00 DH**

**11 EN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DU 6/11/2001 09028  
DEVIS Cardioaspirine 100 mg/30cps

P.P.V. : 27,70 D<sup>1</sup>  
Bayer S.A.

DATE DE 6/118001"0902  
L'EXECUTION

Docteur Ahmed L 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 22/10/2010 الدار البيضاء في

Mr. BERRABEET Zouhra

→ Réjuve Sano Joe  
34.60 x 7 S.V. = 242,20

→ Caffital 400g  
28 x 21/2 = 56,80

→ Apomine 300/500g  
28 x 21/2 = 56,80

→ Cardioaspirine 200mg  
28 x 21/2 = 82,80

→ Fortox 200g  
243.00 x 3 = 729,00

→ Ap/ce Dair  
28 x 21/2 = 56,80

Dr. A. EL KIFANI  
82, Rue Soumaya  
Tel: 0522-98-72-37 / 0522-98-72-37  
ICE: 064748283000-083  
Casablanca  
5.82  
17.5.82  
083

④ EFFILLED Lavis 58,40 58,40  
2405/10/05 Jours Platine 1669,10

Dr. A. EL KIFANI  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél: 0522.98.72.37 / 060.18.75.82  
ICE: 001748483000083

S.V

PHARMACIE LMV  
Dr. Mohamed LAHLOU  
281 Bis Rue Salonique  
Angle Rue de Rome Casa  
Tél: 05 22 85 393  
Fax: 05 22 81 53 31  
RC: 318383 - IF - 5021983

Nom: BERRABEH ZOUBIDA  
Date de naissance: 01/01/1949  
Sexe: Féminin  
Poids: -  
Taille: -

Identifiant: BERRABEH  
Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED  
Raison sociale:  
Téléphone: 0522987237  
Temps d'enregistrement: 22/05/2020 11:10:19

1/1

