

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-665896

197373



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

748

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHRAIBI Patifa

Date de naissance :

20/10/1947

Adresse :

AVENUE 2 Mais - Résidence 23 Mars 15000  
N° 122 - C.A.S.A  
06.61.80.67.68

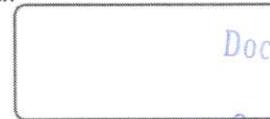
Tél. :

Total des frais engagés :

28 20 000 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Docteur Mohamed LEBBAR  
CARDIOLOGUE

4 Rue Tariq ion Ziad  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

Cachet du médecin :

Date de consultation :

CH 16/03/2019

Age :

Nom et prénom du malade :

Selma

Lui-même  
 Conjoint  
 Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

HTA + veine

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 :

Le : 07/03/2019

Signature de l'adhérent(e)



## 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
31.1.2011	Consultation		300	INP : 11111111111111111111
			300	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie AIN JIMEL</b> <b>Dr 18A 21000N Sanaa</b> <b>AN 4 32 N° 2601</b> <b>Had Soubiem</b> <b>TEL : 06 22 03 25 89</b>	<b>31/01/2024</b>	<b>656,170</b>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed LEBBAR  
Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le

31.1.24

Chirurgie Scléro

131,40 x 3

11

Costervel

2411

87,50 x 3

656,70

3

PPV

Lot n°

Exp.

1DH40

PPV :

Lot n° :

Exp. :

PPV

Lot n°

Exp. :

PPV : 131DH40

Lot n° :

Exp. :

\* VIGNETTE  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés   
PPV 87DH50

V140977/01

\* VIGNETTE  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés   
PPV 87DH50

V140977/01

Pharmacie AIN JMA  
TEL: 05 21 52 12 2601  
Pharmacie AIN JMA  
TEL: 05 21 52 12 2601  
Pharmacie AIN JMA  
TEL: 05 21 52 12 2601  
Pharmacie AIN JMA  
TEL: 05 21 52 12 2601

\* VIGNETTE  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés   
PPV 87DH50

V140977/01

ier d...  
ammed V) - Casablanca 20360

Patient name: CHRAIBI LATIFA  
Patient birthdate: 1947-01-01  
Doctor name: MOHAMMED LEBBAR

Patient code: 1947  
Patient sex: Female

INNOMED  
Innomed Medical

Institute name: LEBBAR

Record time: 2002-12-04 08:07:21

