

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-538046

34101

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11097**

Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DELFI KAMILIA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0762779666**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DOCTEUR MOHAMED LEBBAR**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**maladie chronique**

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.

**20 JUL 2020**

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 : ..... / ..... / .....

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
15/07/2018	Chirurgie	30/1	INP : 157 DH 80	DR. LEBLON INP : 09/07/18

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARIADNA RUE 1100 Comptoir Commercial Sidi Maâouia Casablanca Tél: 0522 33 5587 - 06 53 30 93 14 ICE: 050483700000083	15/07/2018	959,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

Lot n°:

EXP:

PPV:

Imp:

Ven:

SOL

157 DH 80

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplax 75mg/100mg  
b30 cp

P.P.V : 278,00 DH

Barcode

6 118001 082018

RAIRE

quant la n

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplax 75mg/100mg  
b30 cp

P.P.V : 278,00 DH

Barcode

6 118001 082018

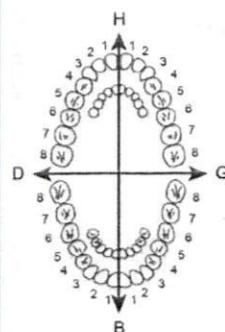
### \* VIGNETTE

### NEBILET® 5mg

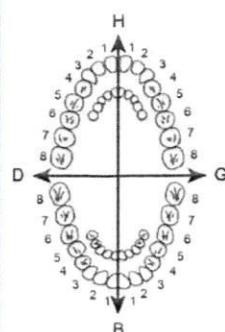
28 comprimés

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Rabat

PPV : 87 DH 50



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

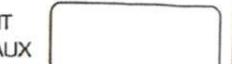


### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX



MONTANTS DES SOINS



DATE DU DEVIS



DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
LES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66  
Télécopie : 05 22 86 33 55

E-mail : labcardio@menara.ma

**Docteur Mohamed LEBBAR**

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le

15-7-10

**PHARMACIE AHMIDA**  
Rue 1100 Complexe Commercial  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 33 55 87 - 06 03 30 93 14  
ICE: 000483700000083

Dafi Kamile

S.V

2200 + 211 Cophenix 14/7/11

S.V

8250 n 1 Nebilek 1/4/11

S.V

15x8x2 14 Rosmex 10 14/7/11

95910

2m

Centre Cardiovasculaire  
Docteur Mohamed LEBBAR  
Quartier des Hôpitaux  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 33 66 66 - 06 03 30 93 55

4, Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux  
(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360

Nom: DELFI KAMILIA  
Date de naissance: 01/01/1972  
Sexe: Féminin  
Poids: -  
Taille: -

Identifiant: DEL  
Médecin: cardio LEBBAR MOHAMED  
Raison sociale:  
Téléphone:  
Temps d'enregistrement: 15/07/2020 09:56:00

1/1

