

## 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.

Nº W19-553653

CP

57836

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <b>13.192</b>	Société : <b>RAT</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BERRANI ELIDRASSI ELNARHDI</b>			
Date de naissance : <b>19/12/1990</b>			
Adresse : <b>OCEAN BAY GH 6 Jm J. Ben Bouazza</b>			
Tél. : <b>020 7777778</b>	Total des frais engagés :	<b>1524,4</b>	Dhs

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin			
Date de consultation	<b>2021</b>	Age	<b>28</b>
Nom et prénom du malade			
Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie			
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 : **Casablanca**

Le : **19/11/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DAR EL KENZ Résidence Dar El Kenz 101-11mm E2 - DAR BOUZZA Tunisie	25-1-21	22474.00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																			
			00000000	00000000																			
		D	00000000	00000000																			
		35533411	11433553																				
B																							
G																							
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							



CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
LES HÔPITAUX

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

E-mail : labcardio@menara.ma

## Docteur Mohamed LEBBAR

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le

25 A. H

BERDAGI El Ghomri El Jelbi

103,00

1) Vascor (14x1)



22,40

2) Asetyl B



à 7:20  
du 7:15  
Repas

99,00

3) Metform (14)



224,40

103

Docteur Mohamed LEBBAR

CARDIOLOGUE

4, Rue Tarik ibn Ziad

Quartier des Hôpitaux Casa

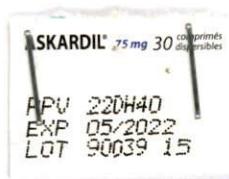
Tél: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55

4, Rue Tarik ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux

(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V)

PHARMACIE DAR EL KENZ  
Résidence Dar El Kenz  
101 Avenue El Zaytoun  
Casablanca 20130  
Tél: 0522 86 33 69

103,00





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 25.01.21

## Note d'Honoraires

Nom/Prénom : BERRAMI ELIDRISSI ELMEHDI

Nature d'examen :

: U+GM 300 ₣

echodoppler 1000 ₣

: cor-drap -

:

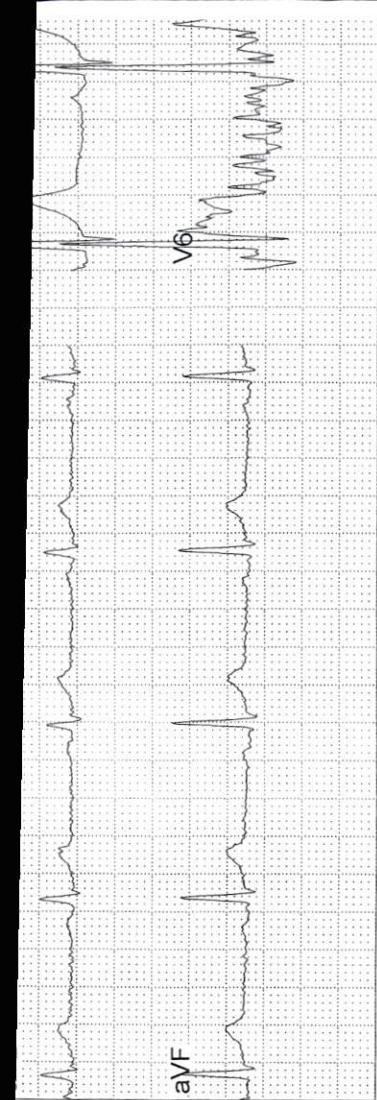
Total : 1300 ₣

Somme arrêtée à : 1.111 mille trois cents dh

Docteur Mohamed I. LEBBAR  
CARDIOLOGUE  
4, Rue Tarik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 0522 86 33 55 Fax: 0522 86 33 55

4 Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux

(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360



## BERRAMI ELIDRISSI ELMEHDI

- PAS EPANCHEMENT PERICARDIQUE
- OG DE TAILLE NORMALE
- VALVE MITRALE EST NORMALE
- SIGMOIDES AORTIQUES SONT NORMALES
- LES CAVITES DROITES SONT NORMALES
- PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
- VG DE TAILLE NORMALE
- FE ESTIMEE A 70%

### CONCLUSION

HYPERTROPHIE SEPTALE LEGERE  
REPLISSAGE MITRALE NORMALE  
CAVITES DROITES SONT NORMALES  
FONCTION SYSTOLIQUE DU VG CONSERVEE

N 4 Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux

Casablanca 2010

Docteur Mohamed LEBBAR  
CARDIOLOGUE  
4, Rue Tarik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux Casablanca  
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

Nom: BERRAMI ELIDRISSI E
Date de naissance: 01/01/199
Sexe: Masculin
Poids: -
Taille: -