

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° M21- 0054934

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11097 Société : RAM 76332
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DELFI KAMILIA
Date de naissance : 14/7/72
Adresse :
Tél. : 0762707666 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4 Rue Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél : 05 22 33 66 - Fax : 05 22 33 66
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Delfi Kamila Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Mère de l'adhérent
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
3/6/2021	Consultation	300	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourasseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMMA Rue 1100, Complexe Commercial Sidi Mameoud - Casablanca Tél: 0522 33 35 81 - 06 03 30 93 14 ICE: 0004837000000083	3/6/2021	897,60

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
		A M	P C	I M	I V	

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

ASKARDIL[®] 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 230DH80
EXP 01/2023
LOT 04009 4

* VIGNETTE

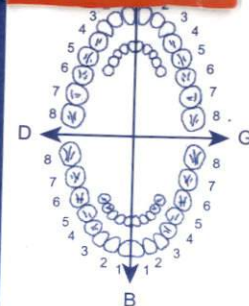
NEBILET[®] 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

ASKARDIL[®] 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 230DH80
EXP 01/2023
LOT 04009 4

* VIGNETTE

NEBILET[®] 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50



MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

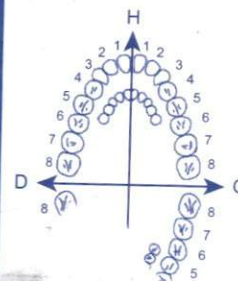
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
B

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

COEFF DES

MON DES

DATE DU DEVIS



* VIGNETTE

NEBILET[®] 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

PPV 300
EXP 03/2023
LOT J 66

PPV 300
EXP 03/2023
LOT J 66

PPV 300
EXP 03/2023
LOT J 66

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1	300	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
3/6/2024	897,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	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	

Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80

Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80

Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 01/2023
LOT 04009 4

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 01/2023
LOT 04009 4

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 01/2023
LOT 04009 4

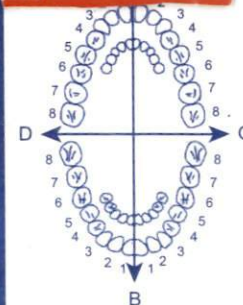
* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

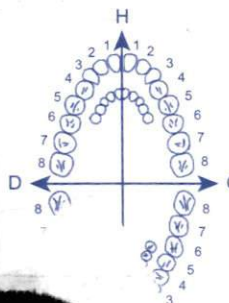
PPV 300DH10
EXP 03/22
LOT J663

PPV 300DH10
EXP 03/22
LOT J663

PPV 300DH10
EXP 03/22
LOT J663



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES

MONDES

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Télécopie : 05 22 86 33 55

E-mail : labcardio@menara.ma

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le

3.6.21

2. α Fi Kanti

S.V.

8750 x 3 = 26250



3013 13 7 Tydex 4114



Asetyl 160 mg

Resubmits 10
1414

S. W.

1380 x 3
PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Sidi Maârouf Casablanca
Tél: 0522 33 55 87
157180 x 3
PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Sidi Maârouf Casablanca
Tél: 0522 33 55 87
897

PHARMACIE ZAHMIDA
Rue 1100, Compagnie commerciale
Sidi M'elouane, Algérie
Tel: 0222333582
Fax: 0222333582
ICR: 000493/0000083

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: 03/06/2021 12:10:32

1/1

