

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

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-651454

206896

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : M097		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : DELFI KAMILIA		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 14-7-72		Adresse :	
Tél. : 076276766		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : DELFI KAMILIA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Kamilia cardomy			
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'at ^e médecin conseil de la Mutuelle.			

*DOCTEUR MOHAMED LEBBANI
CARDIOLOGIE
4, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Quartier des Hôpitaux - Case 706
Tél: 0522 86 33 55 Fax: 0522 86 33 55*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 11/01/2022

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
24.2.22	Q + dL Edema		300 1000	INP : [] L [] Medecin : [] Date : [] Signature : [] Casa : 022 86 33 55

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

Le praticien est prié de préciser Important : Veuillez joindre les radiographies		Makref FMM75 0624 LOT PER Prix 55.00 52 PPV: 157 DH 80 INP COEFF LOT 16065 3 EXP 09/2023 PPV 23DH80 ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés PPV 87DH50 NEBILET® 5mg 28 comprimés PPV 87DH50 VIGNETTE PPV 87DH50 NEBILET® 5mg 28 comprimés PPV 87DH50 VIGNETTE PPV 87DH50 NEBILET® 5mg 28 comprimés PPV 87DH50 VIGNETTE PPV 87DH50 ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés PPV 23DH80 EXP 06/2023 LOT 16065 1 30,10 42,00 VIGNETTE NEBILET® 5mg 28 comprimés PPV 87DH50	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	D	G
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET C	



CENTRE CARDIOVASCULAIRE
HÔPITAUX

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

Docteur Mohamed LEBBAR
Cardiologue Médico - Chirurgical

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

Secrétariat : 05 22 86 33 66
Télecopie : 05 22 86 33 55
Email : labcardio@menara.ma

Casablanca, le

24.2.22

DÉLF, Kamile

87,50	11	Nebilet 1g, 1	S.V.
23,80	21	Aceroly 16 1g, 1	S.V.
157,80	31	Isomives 10 dm on Nodip 10 1g, 1	S.V.
30,10	41	Tylox 4 1g, 1	S.V.
42,00	51	Brestomid 3 2g, 1g, 1	S.V.
79,30	61	Savanic 50 1g, 1	S.V.
55,00	71	Mefen 1g, 1	S.V.
1043,80			

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLAB
Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux
Casablanca 20360
Tél: 0522 86 33 66 - 06 03 30 93 14

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



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 24.1.11

Note d'Honoraires

Nom/Prénom :

Delfi Kausik

Nature d'examen :

Ech/ely 1000 Dh

Total : 10000

Somme arrêtée à :

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGIE
Centre Cardiovasculaire
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
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) - Casablanca 20360

CENTRE CARDIOVASCULAIRE LES HOPITAUX

Docteur Mohamed LEBBAR
Cardiologue Médico Chirurgical

Secrétariat: 05-22-86-33-66
Télécopie: 05-22-86-33-55
Portable : 06 61 32 26 05
Email: labcardio@menara.ma

Casa, le 24/02/2022

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

DELFI KAMOLIYA

- DEDECOLLEMENT PERICARDIQUE
- OG DE TAILLE NLE
- VALVE MITRALE EST NLE
- VALVE AORTIQUE EST NLE
- L AORTE ACSENDANTE EST NORMALE
- LES CAVITES DROITES SONT NLES
- PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
- VG NON DILATE
- FE ESTIMEE A 70%

C/C

PAS DE TROUBLE DE LA CINETIQUE SEGMENTAIRE DU VG
OG DE TAILLE NLE

PAS DE DYSKINESIE

LEGERE DILATATION DE L AORTE ASCENDANTE .

PETIT DECOLLEMENT INF

N 4 Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux Casablanca 20100



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: 24/02/2022 15:26:29

1/1

