

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## itions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 742

Société : RAM 107916

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Châabi Latifa

Date de naissance :

20/10/1947

Adresse :

Résidence 2 Hau... Drenke 2 Hau... N° 102

Quartier des hôpitaux - CASA

Tél. : 06 61 80 67 68

Total des frais engagés : 300 + 875,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

CHABAB Selha

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : 08/03/2022

Le : 08/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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
13-12	0,76		300,00	Dr. Mohamed LEBBAB Dr. Mohamed LEBBAB Dr. Mohamed LEBBAB Dr. Mohamed LEBBAB Dr. Mohamed LEBBAB

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LMV Dr. Mohamed LAHLOU 28, Bld de Salomonique Angers 49130 Tél: 02 41 34 34 33	08/03/12	875,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

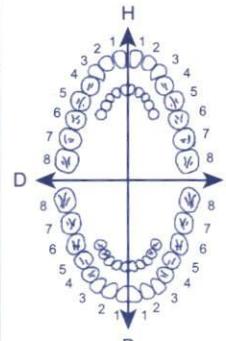
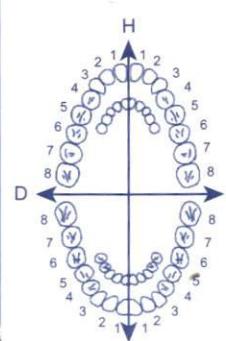
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS
	B 00000000 11433553			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 DES 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

8.3.22

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés C  
PPV 87DH50

\* VIGNE 11 E  
NEBILET® 5mg  
20 comprimés C

PPV 87DH50  
\* VIGNETTE

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

VE  
VF67 0724  
LOT PER

07213122 3  
EXP 11 2023  
PP 142 70

LOT 2431223  
X 11 2023  
PPY 14270  
102431223

EXP 11 2023

272

## Quartier des Hôpitaux

PPV :

LOT :

PER :

34,20

PPV :

LOT :

PER :

34,20

PPV :

LOT :

PER :

34,20

Nom: CHRAIBI LATIFA

Date de naissance: 01/01/1947

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: CHR

Médecin: cardio LEBBAR MOHAMED

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 09/03/2022 11:51:20

1/1

