

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12750 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL WATTAH Amine

Date de naissance : 04/08/1986

Adresse : 8, Rue Rayana lot AL Madania, Hay EL Honda Berrechid

Tél. : 0662779840 Total des frais engagés : 485,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Le : 06/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. LEMBACHAR Noureddine  
42, Rue Bir Anzarane  
Quartier Industriel  
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid



# 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
26/10/22	Q	x1	150,00	INP : 06199126 Dr. LEMBACHAR Nouredine 42, Rue Bir Anzarane Quartier Industriel Tél: 0522 33 74 30 - Berrechid

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL IZDIHAR 149 Quartier AL IZDIHAR Berrechid Tél: 05 22 32 54 61 INPE: 062084447	26/10/22	335,60 Pharmacie AL IZDIHAR 149 Quartier AL IZDIHAR Berrechid Tél: 05 22 32 54 61 INPE: 062084447

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالمهدي
- علاج الألم



139,50  
Zivlox 400 (SV)  
30,10  
Duponil (SV)  
64,40  
3 (SV)  
45,30 (4) VENDORIP AEN (SV)  
36,40  
KOPRED 20 (SV)

Dr. LEMBACHAR Nourddine  
42, Rue Bir Anzarane  
Quartier-Industriel  
Tél: 0522 33 74 30 - Berrechid

182- 335160 101 151

**Dr. LEMBACHAR Nouredine**  
 42, Rue Bir Anzarane  
 Quartier Industriel  
 Tél: 0522 33 74 30 - Berrechid

**Zivlox 400 mg**  
 5 Comprimés  
 Ileva Pharmaceutique

LOT: M0593  
 PER: 07/2023  
 PPV: 139,50 DH

6 118000 410041

GlaxoSmithKline  
 Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat

**VENTOLINE 100 mcg**  
 Aérosol 200 doses  
 PPV 45,30 DH

6 118001 141235

**RHINATHIOL 5% AD**  
 SIROP FL 125 ML

LOT: 20E010V  
 PER: 08/2023

P.P.V.: 30DH00

6 118000 061427

**LABIXTEN 20mg**  
 20 comprimés

6 118000 230649

LOT: 14522006  
 PER: 05/2027  
 PPV: 66,40 DH

**DolipraneVitaminc<sup>®</sup>**  
 Paracétamol 500mg + Vitamine C 150mg  
 16 comprimés effervescents

6 118000 041252

PPV 100 DH 00  
 PER 04/2025  
 LOT L1486  
 S2  
**18,00**

LOT: 9694  
 PER: 06-25  
 P.P.V.: 36 DH 40

AMM: 375/16 DMP/21/NCN

**Kopred<sup>®</sup> 20 mg**  
 Boîte de 20 comprimés

6 118000 094586