

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-717066

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1657** Société : **RAM** **243724**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **DELFI KAMILIA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **0762 767 666** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **DELFI KAMILIA** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **meiose coronar**

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 : **7**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019


Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

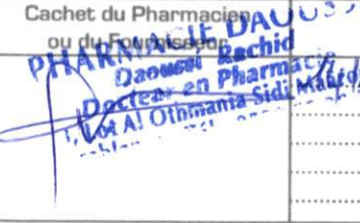
La MUPRAS garantit le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

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
24.12.22	Examen	1	300	INP : 
24.12.22	Examen	1	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fond de Commerce	Date	Montant de la Facture
	24/12/22	743,60

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	

Le pra
Impor
Veuille
SOIN

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV:

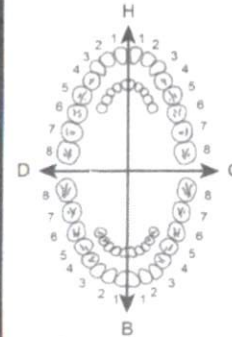
157 DH 80

Lot n°:

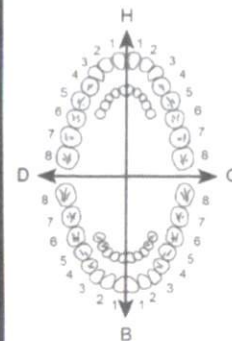
EXP:

PPV:

157 DH 80



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONT
DES S

DEBUT
D'EXE

FIN
D'EX

COE
DES

MOI
DES SOI

DATE
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
PPV 23DH80
EXP 04/2024
LOT 10005 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
PPV 23DH80
EXP 04/2024
LOT 10005 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
PPV 23DH80
EXP 04/2024
LOT 10005 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
PPV 23DH80
EXP 04/2024
LOT 10005 4



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 14-12-22

Delfi Lamine

8750x2

1/ Nebivolol

23,80x4 14,1

2/ Aspirine 16

157,80x3 14,1

3/ Zolmitriptan 10

14,1

T_Σ 743,60

PHARMACIE DAGUSSI
Docteur en Pharmacie
38, Rue Al Oumaidi, Sidi Maârouf
Casablanca - Tél : 0522 86 30 94

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) - Casabalnaca 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 14.12.12

Note d'Honoraires

Nom/Prénom : BELF Hamih

Nature d'examen : _____

: _____
: Eul/cel 1000 mg
: _____
: _____

Total : 1000 mg

Montant arrêtee à : _____

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tel.: 05 22 86 33 66 - Fax: 05 22 86 33 55

4, Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux
(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casabalnaca 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 14/12/2022

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

DELFI KAMILIA

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

C/C

LA CINETIQUE SEGMENTAIRE DU VG EST NLE

OG EST DE TAILLE NORMALE

LES PAROIS DU VG SONT MODEREMENT HYPERTROPHIEES .

LES PRESSIONS DE REMPLISSAGE CARDIAQUE SONT NORMALES

Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux Casablanca 20100

Docteur Mohamed LEBBAR
Quartier des Hôpitaux - Casa
Rue Tarik Ibn Ziad
Tel.: 0522 86 33 55
Fax: 0522 86 33 55

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: 14/12/2022 10:13:31

1/1

