

# 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

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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0057715

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11097 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DELFI - Kamila  
 Date de naissance : 14-7-78  
 Adresse : A 66329  
 Tél. : 762767666 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed LEBBAR  
CARDIOLOGUE  
4, Rue Tarik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux - Casa  
Tél.: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : DELFI Kamila Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Anémie coronarienne  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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

43 JUIN 2023



# 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
20.6.23	G-21		300	Docteur Mohamed Lebbar 4 Rue Taib Quartier de l'Indépendance - Casablanca Tél : 0522 58 30 94

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DAOUSSI Docteur P. Otmani 38, Lot Al Otmani Sidi Maârouf Casablanca - Tél : 0522 58 30 94	20/06/23	300

# 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 : 1794  
PER : 07-25  
P.P.V : 147 DH 10

LOT : 1794  
PER : 07-25  
P.P.V : 147 DH 10

LOT 222258 1  
EXP 06 2026  
P P V 88.10 DH

LOT 222258 1  
EXP 06 2026  
P P V 88.10 DH

LOT 222258 1  
EXP 06 2026  
P P V 88.10 DH

LOT : 1794  
PER : 07-25  
P.P.V : 147 DH 10

COEFFICIENT

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 2D006 1

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 2D006 1

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 2D006 1

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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  
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 20.06.20

Dr. Kamel  
88,10x3

1/ Xestrol 25 (D.S.)

23,80x3

1/2

1/2

2/ Ascardyl (D.S.) 16 14j

3/ 14 7,10x3

8/ Dabco (D.S.) 10 14j

15 111,00

Docteur Mohamed LEBBAR  
CARDIOLOGUE  
4, Rue Tarik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux - Casa  
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

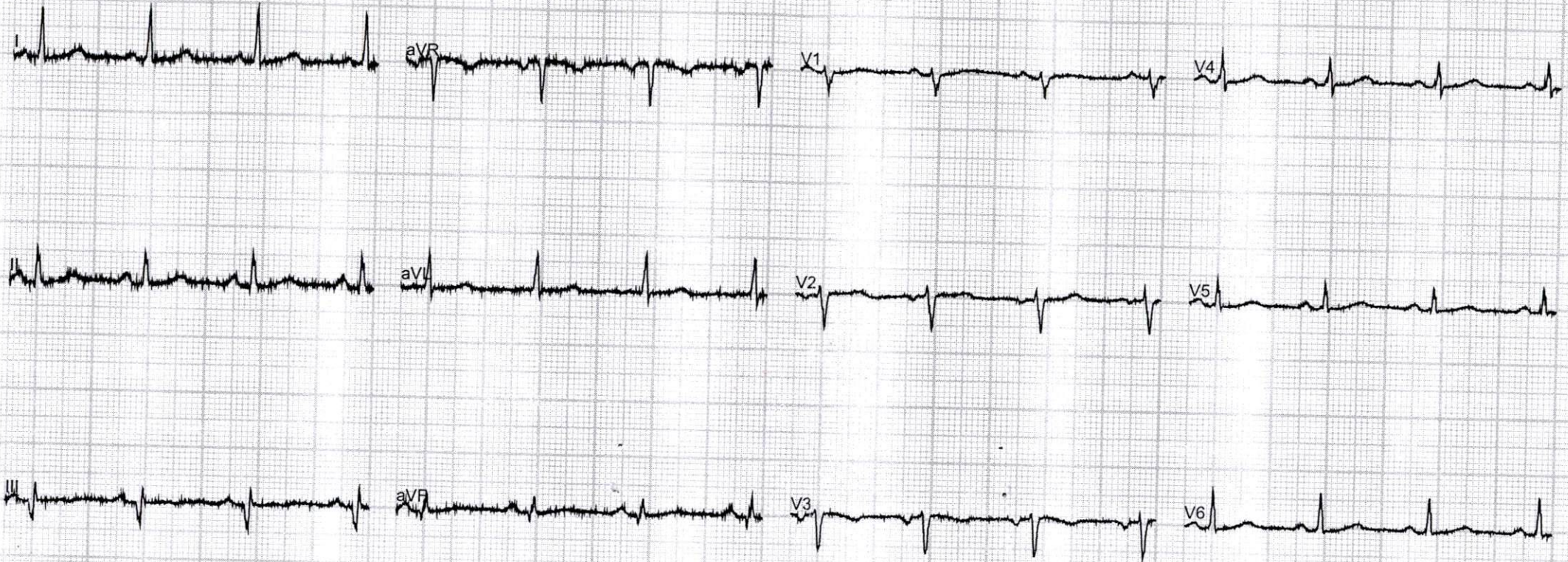
PHARMACIE DAOUSSI  
Docteur Mohamed LEBBAR  
38, Lot Al Oudim Ala Sidi Maakour  
Casablanca - Tél: 0522 50 20 01

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



25 mm/s 10 mm/mV

Off Off



10 mm/s 5 mm/mV



Docteur Mohamed LEBBAR  
CARDIOLOGUE  
4, Rue Tarik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux - Casa  
Tél: 06 33 33 33 33 - Fax: 06 33 33 33 33