

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

N° W21-777247

157302

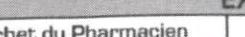
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 1066	Société : RAN	Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	CHAKER Badia
Nom & Prénom : CHAKER Badia		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 06 61 38 61 59	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation NDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : DR. ZEMMAMA O. LOTFI 45 Bd. Bir Anzarane tél.: 0522 20 03 21 GSM: 0661 14 99 86 E-mail: zotfiz@live.fr		
Date de consultation : 15/12/23	Age:	
Nom et prénom du malade : CHAKER Badia	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Anémie	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 : CASABLANCA	Le : 15/12/23	
Signature de l'adhérent(e) : EY		

14 AVR 2023

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
15/05/23	V		200,000Dhs	INP : 11 MAR 2023 091141242 DR. ZEMMAMA O. L. 45 NO. Bir Anzarane Casablanca - 20661

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Hicham JAMALI</b> Pharmacie Champs Saint 113, Rue El Ouardi Tel: 06 22 46 09 06 - Casa <b>092 056 22 46</b>	15/01/23	<b>Hicham JAMALI</b> 113, Rue El Ouardi Tel: 06 22 46 09 06 - Casa <b>219.20</b>

RELEVE DES FRAIS DE SOINS																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indicatif et la nature des soins.																							
Important :		Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																					
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>																		
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
		COCoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

Dr Zemmama Omar Lotfi  
LAUREAT DE LA FACULTÉ  
DE MEDECINE DE CASABLANCA

الدكتور زماممة عمر لطفي  
خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

15 / I / 23

الدار البيضاء في

Rue CHAKER BADIA

60 ♂

x 2  
FERPLET

1 flacon le matur ap respo pd l'mois

49 60 ♂

29

→ cure F n° 2

21.9.20

Pharmacie Univers Santé  
Hicham JAMALI  
116, Rue Jdid El Oufir  
Tél: 05 22 58 09 06 - Casab



DR. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd Bir Anzarane  
Tél.: 0522 25 03 73 - Gsm: 0661 14 99 86  
E-mail: zol2@live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca  
TEL : 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
E-mail : zol2@live.fr

45، شارع بئر أنزاران الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 03 73  
المحمول : 06 61 14 99 86  
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

**FERPLEX®** 40 mg  
Fer protéinsuccinate  
Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

40 قیمت فربلاکس

**FERPLEX®** 40 mg  
Fer protéinsuccinate  
Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025