

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0033284

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9614

Société : AS9443

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAKHROUB ABDELAZIZ

Date de naissance : 06/08/62

Adresse : 19 Rue EL Bonafssaj APP 30 ETG 5 Hay RAHA Cas

Tél : 0616 88 11 97

Total des frais engagés : 514,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/1 AVR. 2023

Nom et prénom du malade : MAKHROUB Abdelaziz Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémic, Polakémie, Polypht

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 : 4 / 5 / 2023

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
11 AVR. 2023	V		20000	<p>Dr. KEMMAMA O. LOTFI</p> <p>45, Bd. Bir Anzarane</p> <p>Tel: 0522 25 13 73 - Gsm: 0661 14 99 86</p> <p>E-mail: zol2@live.fr</p>
13 AVR. 2023	CG			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

13/4/2023

Dr. KEMMAMA O. LOTFI

45, Bd. Bir Anzarane

Tel: 0522 25 13 73

GSM: 0661 14 99 86

Fax: 0522 25 13 00

Email: zol2@live.fr

CE: 0034634174

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

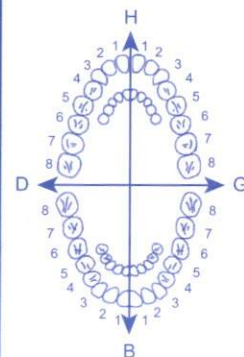
D 00000000 G

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



Casablanca, Le 13 AVR. 2023

دار البيضاء في

M. TAKHROUB Abdelaziz

- 56,30 x 2
10) Cure 25000 n° 2
1 AB par semaine
314,50
20) Fucidine
1 cp 2 x 5 apres
30,00
30) Eosine acquer
1 app 2 x 5
37,40
40) Neopred 20
3 cp dilus le matin au

314,50

PPV: 56,30 DH
LOT: 22C07D
EXP: 03/2024

PPV: 56,30 DH
LOT: 22C07D
EXP: 03/2024

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot d'enville
CASABLANCA-MAROC
FUCIDINE® 250 mg
Comprimé pelliculé
Boîte de 30 comprimés



6 118001 200511
PPV: 134 DH 50

AMM N°: 280/19DMP/21/NNP

NEOPRED[®]
20mg

20 comprimés
effervescent
PPV: 37,40 DH



3 987654 321095

PPC: 30.00 DH
Lot N°: W22375
Per: 10/2027