

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.

M23-003774

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14744 Société : RAT 163539
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDELAZIZ
 Date de naissance : 04.07.48
 Adresse : 160 Blvd ANFA CASABLANCA
 Tél. : 066983936 Total des frais engagés : 620,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

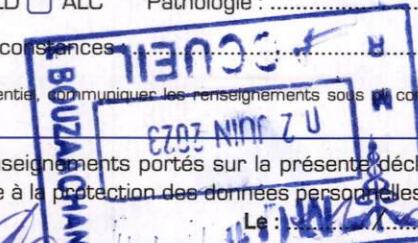
Cachet du médecin :
 UR. ZEMMAMA Q. LOTFI
 45, Bd. Bir Anzarane
 Tél: 0522 25 03 78 GSM: 0661 14 99 86
 E-mail: zol2@live.fr

Date de consultation : 17 VI 23
 Nom et prénom du malade : BEN YAHIA Abdela Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : ASL agrippant
 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 : CAS Le : 17 VI 23

Signature de l'adhérent(e) : Abdela



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17/11/23 | V | | 250000 | DR. ZEMMAMA O. LOTFI 45, 88, Bir Anzarane 250373 - Gsm: 0661 14 99 86 012@live.fr |
| | | | | |

Cachet du Pharmacien
ou du Courroisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| ARMACIE DE Dr. LEMSEIFFER 164, Boulevard de l'Angle Rue Mollien L-1705 22 36 24 79 | 17/05/23 | 420,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

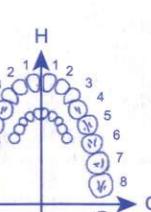
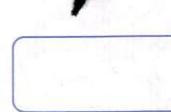
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

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



الدكتور زماممة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

17 / IV / 23

الدار البيضاء في

BENTAHIT

Abdelaziz

29.3=12

D Azix 500 "OL
+ cpl j pd 6jous ap re
(S.V.)

45.9.
12/

Zinc 00
+ cpl (S)

54.4.

30) Primalan
+ cp au degré (S.V.)

63.0

40) UltraRéume 210
+ gout 3x5 (S.V.)

49.6=12
50)

D cue 100000
+ ABS (S.V.)

420.50

PHARMACIE LES IRISSES
Dr. LEMSEFFER Malak
164, Boulevard d'Anfa
(Angle Rue Molière)
Tél. : 05 22 36 24 79

1. ZEMMAMA O. LOTFI
45 Bd. Bir Anzarane 49986
05 22 25 03 73 - GSM: 06 61 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

PPV 79DH70
PER 08/24
LOT K2150



54,00

22J05 17 4



Lot:
مجموعه:

Fab:
صنع:
7031 09/22 09/25
BIOCODEX MAROC PPV 67,00 DH

Exp.: صالح لغاية:

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 06/2025
LOT 10058 53

20 comprimés effervescents

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025