

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

- 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

164070

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007443

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1032 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : C.HADI LI Date de naissance :

Adresse : S.Nadia

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*11 ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
Tél: 0522 21 03 73 - GSM: 0661 14 99 86
E-mail: zol2@live.fr*

Date de consultation : 09 MAR 2023

Nom et prénom du malade : C.HADI LI Séchage

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rheumatologique

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) : 

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
09 MAR. 2023	✓		200,00 Dhs	
20 MAR. 2023	✓		100,00 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	C.06/22/2006 GS Montauban Fax: 05 63 22 00 00 Email: 2012@livre NCF: 0034634177825
 amacie Lind tein Route SABA ANCA 97-FAX 02.98.24.73	05/03/2013	150,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cache 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

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



Casablanca, Le 09 MAR. 2023

طفي
طرب
لاء

Voie rectale
LOT 223092
EXP 03/25
PPV 44DH90

MEDINFAR

CHADILI

SAADIA

ملاطفة في المريض في الموضع المختار.
الإرشادات - ملء جدول الاستعمال - المعاشر
كمية الاستعمال إلى الماء ماء
 Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

AMM N° : 280/19DMP/21/NNP

NEOPRED®
Prednisone 20mg
20 comprimés
équivalents
éthiostatiques
PPV : 37,40 DH

Matin Midi Soir

22.00

12
12
12

Urgo
10/12mox
1 suppo 100g 1s
37,40
20/1 Neopred 20
3 cp delus 1mati eu
9,00
3 Céadol
1 cp 3x5 1s
45,70
40/1 Coltrax
1 cp 3x5 1s pd rep

45,70

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

R 150,00

Pharmacie MIMOSAS
Hind LAKHMIJI
Docteur en Pharmacie
400, Route de El Jadida
CASABLANCA

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca 97 - Fax: 022.98.24.78

TEL : 05 22 25 03 73

GSM : 06 61 14 99 86

E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

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