

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.



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 : CHADILI Date de naissance :
Adresse : Saadia
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
Tél: 0524 21 03 73 - Gsm: 0661 14 99 86
E-mail: zol2@live.fr

Date de consultation : 09 MAR. 2023
Nom et prénom du malade : CHADILI Saadia
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rhumatologie
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) :


Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
09 MAR 2023	V		200,00	 Dr. ZEMMAMA O. LOTFI AS, Bd. El Anzarane 37000 Sousse - Tunisie Gsm: 0661 14 99 86 Email: zol2@live.fr
20 MAR 2023	CC			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

C : 06 61 14 99 86
GSM : 06 61 14 99 86
Montant de la facture
Fax : zol2@live.fr
Email : zol2@live.fr
CE : 0034634117789

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 :

Veuillez 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

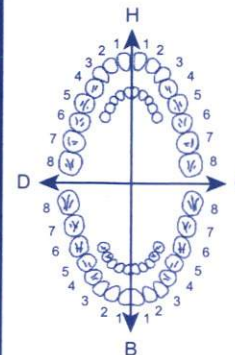
Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

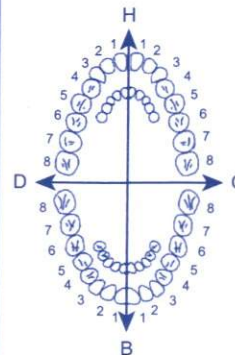
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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



الطبي
طب
باء

Casablanca, Le

09 MAR. 2023

باء في

CHADILI

S AADIA

Voie rectale

LOT 223092

EXP 03/25

PPV 440H90



MEDINFAR

Indication de l'usage : voir notice intérieure.

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - التحذيرات -
كيفية الإستعمال : اقرأ البيان داخله

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

AMM N° :280/19DMP/21/NNP

NEOPRED[®]

prednisolone 20mg

30 comprimés

PPV : 37,40 DH

011800019119

Matin Midi Soir

22,00

15,00

h

15,00

45,00

44,90
20/12
12,00

1 suppo / jour

37,40

20/12
Neopred 20

3 cp dilus 'emati eu

22,00

3/ Cédol

1 cp 3xj

45,00

40/ Colmax

1 cp 3xj

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

Pharmacie MIMOSAS
Hind LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tel: 022 99 86 97-Fax: 022 99 24 78

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

TEL : 05 22 25 03 73

GSM : 06 61 14 99 86

E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 03 73

المحمول : 06 61 14 99 86

البريد الإلكتروني : zol2@live.fr