

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-809355

173902

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : **12745**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **LOUMLILI Ned FAKRIZI**

Date de naissance : **27/02/1986**

Adresse : **Rue TAJDID Les Mawlid Apt 022**

Tél. : **0661342937**

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **5/7/23**

Nom et prénom du malade : **LOUMLILI Ned FAKRIZI**

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Dokter HCD**

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**

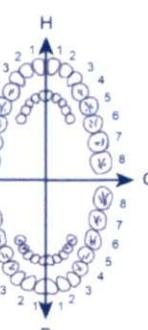
Le : **05/07/2023**

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
5/11/23	Cs		400 DHT	INP 09/11/2023 Dr. Kenza Boudjedra Médecin Interniste Bd Annazet et n° 95

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>Dr. ANDRE LUXEMBOURG 132, Yasmine les Crêts Casablanca - Tél. 0522.85.85.85</del>	5/3/2023	460.30

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both upper and lower arches)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments: Creation, remont, adjonction, Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession)	<b>INP :</b> <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

# Spécialiste en Médecine Interne

Ancien médecin du CHU Ibn Rochd de Casablanca

## Maladies de système

Rhumatismes inflammatoires

Maladies auto-immunes

Maladies hématologiques

Check-up



# أخصائية في الطب الباطني

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

الأمراض الباطنية

أمراض الروماتيزم

أمراض المخاعة الذاتية

أمراض الدم

الفحص العام

517123

Lourfili Ned Farzati

98,8 ₣

1) Neo foftan 160 ₣

1cp x 3 1j

79,1 ₣  
2) Carbosorb

2cp x 2 1j

241,00 ₣  
3) Aeflrex

1cp 1j le m

32,00 ₣  
4) DuoXol  
2cp x 2 1j



Lot: 230259

À consommer de préférence avant le:

03/2028

PPC: 79,50 DH



95, Bd Anoual et angle Rue Tabit Bnou Kourra, 1<sup>er</sup> étage, N° 14  
(entre Clinique Internationale et Laboratoire Glab, Station Tramway)

أحوال و زاوية زنقة ثابت ابن قرة، الطابق 1، رقم 14 - الدار البيضاء

05 22 86 32 22 06 24 20 10 drzaimkenza@g.

460,30

37,00

SYMBIOSYS®

alflorex®

pour le Syndrome de l'intestin Irritable

Poids net : 7,5 g

103004

2024/03

Importateur Exclusif  
BIOCODEX MAROC  
B.P 126 Nouaceur  
[www.biocodex.ma](http://www.biocodex.ma)  
P.P.C.: 245,00 DH  
CE N°: 34757/2019/DMP

TO  
B1373