

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

58285

## Déclaration de Maladie : N° P19-0016978

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 30625 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FATH

Date de naissance : 31/01/79

Adresse :

Tél. : 0661223562

Total des frais engagés : 359,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
C : 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
Fax : 05 22 25 13 00  
Email : zol2@live.fr

Date de consultation : 22 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : Mr. FATH Hadj Hassen

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dys digestiv, Hépatite

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

Signature de l'adhérent(e) : FATH

Le : 22/06/2020

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0016978

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 30625

Nom de l'adhérent(e) : ZATH

Total des frais engagés : 359,50

Date de dépôt :

## 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
22 JUIN 2020	<i>CGV</i>			<i>DR. ZEMMAMA O.LOTFI</i> 45, Bd Bir Anzarane C : 06 22 25 03 33 GSM : 06 61 14 99 86 Fax : 05 22 25 13 00 Email : zol2@live.fr

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature Pharmacien</i>	22/6/20	59150

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DR. ZEMMAMA O.LOTFI</i> 45, Bd Bir Anzarane C : 06 22 25 03 33 GSM : 06 61 14 99 86 Fax : 05 22 25 13 00 Email : zol2@live.fr	22 JUIN 2020	Echo Blad K30	3000000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

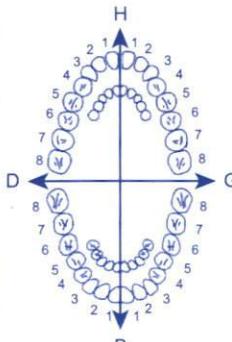
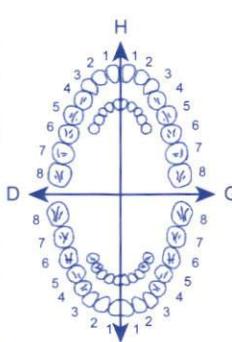
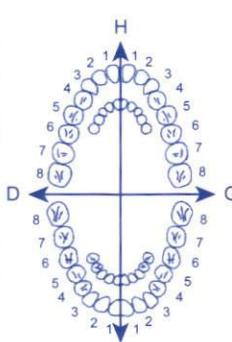
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412   21433552 00000000   00000000 35533411   11433553	G	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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 MÉDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامرة عمر لطفي  
خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

22 JUIN 2020

الدار البيضاء في

Dr. HASS Hassan

FATH

59,50

Neobiline



1 DZ / 5

8 032578 478785



Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
C : 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
Fax : 05 22 25 13 00  
Email : zol2@live.fr

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
C : 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
Fax : 05 22 25 13 00  
Email : zol2@live.fr

Neobiline®  
Ampoules buvables

Lot: 26AC007D  
À consommer de préférence avant le:  
10/2022  
PPC: 89,50 DH

45, Bd. Bir Anza

Tél : 05 22 25 03

Fax : 05 22 25 13 00

GSM : 06 61 14 99 86

E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

نحوه : 06 61 14 99 86

البريد الإلكتروني : zol2@live.fr



Casablanca, Le : 20 JUIN 2020 ..... الدار البيضاء في :

## Compte rendu d'échographie

Nom : FATH Prénom : Hadi Hassen Age :  
Indication : à FID & HCJr

**Foie :** de taille normale, contours réguliers, d'échostructure homogène.  
Sans lésion focale ou diffuse, steatosique

**VSH :** de calibre normal et normalement réparties.

**Système porte :** perméable et de calibre normal.

**Vésicule biliaire :** alithiasique, paroi d'épaisseur normale, ~~mauvaise vue~~ non visible

**Voie biliaire principale :** calibre normal, pas de dilatation des VBIH et VBEH.

**Pancréas :** non vu car masqué par les gaz.

**Reins :** contours réguliers et échostructure homogène, taille normale.  
bonne différenciation cortico-médullaire.  
pas de dilatation des cavités pyélo-calicielles.  
alithiasique.

**Rate :** taille normale, échostructure homogène.

Absence d'adénopathie profonde.  
Absence d'épanchement péritonéal ou pleural.  
Absence de masse abdominale.

**Conclusion :** échographie abdominale normale en dehors d'une aérocolie diffuse.

Foie steatosique

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
C : 06 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
Fax : 05 22 25 13 00  
Email : 2012@live.fr

