

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

ladie 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 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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0057564

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8372 Société : RAM 36772

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATBIB Fouzia

Date de naissance : 01/01/1982

Adresse : 7 Rue NASSIR ADDINE Res Al Jounane

IN A App 17 MAARR

Tél. : 066846646 Total des frais engagés : 364,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZEMMAMAO. ZOFEI
45, Bd. Bir Anzarane
C : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
Fax : 05 22 25 03 00
Email : zol2@live.fr

Date de consultation : 1 JUIL 2021

Nom et prénom du malade : BEL KASSE Abdellouahed

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : A 88 Système

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
1 JUIL. 2021	V		150,00€	DR. ZEMMAMA OLOU 45, Bd. Ben Azzarane C : 05 22 25 03 73 GSM : 06 61 14 99 86 zol12@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mr BENNIS ZINNOUR ZINNOUR EL MANSOUR BP 22 ZACOUR EL MANSOUR Casablanca 25 52 4	01-07-2021	214,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zemmama Dmar Lotfi
LAUREAT DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE CASABLANCA

الدكتور زمامنة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء



Casablanca, Le

1 JUIL. 2021

الدار البيضاء في

D. BELKAÏD Abdellah

Alde Larache

33,40

30) Neopred 20



61,10

4 cp dilue Comprime

141,90

20) Albuterol Aspéric 1000

NEOPRED
rednisolone 20mg

Indications - Curse - Indications - Pathologie

Mode d'emploi : lire notice intérieure

(رئشاد - علاج عدم الاستعمال - الحساسية -

جيبيه المستعمل، إلأي اليل ماءله

Rebouchez soigneusement le sacon

après chaque prise.



79,70 Doliprane 1000 Hs 864



30) A 2 IX 500

ASPEGIC 1G
SACHETS 820
LOT : 20E030
PER : 01 2023



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

26,70

40) Rinomucine
1 sachet aet 3 gr

214,90

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

Tél : 05 22 25 03 73

Fax : 05 22 25 13 00

GSM : 06 61 14 99 86

E-mail : zol2@live.fr

45، شارع بئر أنزاران الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 03 73

الفاكس : 05 22 25 13 00

المحمول : 06 61 14 99 86

البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

PPV : 79DH70
PER : 11/23
LOT : J3284

2270