

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ctique :

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

- 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : RA RAI
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : M H A M D I M U S T A P H A
 Date de naissance : 01/01/1951
 Adresse : 5, Rue Kadi TASS Apt. N° 6
 N A M I F C A S A B L E C C
 Tél. : 06 70 66 3860 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

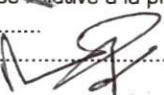
Cachet du médecin :
 DR. ZEMMAMA O. LOTFI
 46, Bd Bv Anzarene
 C: 05 22 25 03 73
 GSM: 06 61 14 99 86
 Fax : 05 22 25 13 00
 Email : zol12@live.fr

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : J A W H A R I J A M I L A Age: 60 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Diabète Corance HIA, diabète qui
 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 : cas

Le : 02/10/21

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
2 SEP. 2021	✓		20000	Dr. ZEMMAMA O. L. 45, Bd El Anzara C : 06 22 25 03 73 S.M : 06 61 14 99 86 05 22 25 13 00 zol2@live.fr
4 SEP. 2021	CG			Dr. ZEMMAMA O. L. 45, Bd El Anzara C : 06 22 25 03 73 S.M : 06 61 14 99 86 05 22 25 13 00 zol2@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du JUTA Bis Rue Oussama Benou CASABLANCA 05 22 25 34	04.01.91	101 05 22 23 34

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Présentation	Date des	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
3 ampoules buvables			

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI

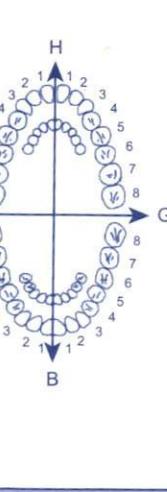
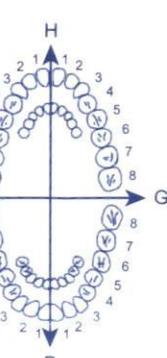
Vitamin D₂

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

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															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
				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 FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامنة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

4 SEP. 2021

الدار البيضاء في

line 3ANHARI 3amia
ARON Medecin 60.00 x 2 S.V.
10) Dexamox 500 n° 500 : Ajoutez 500
15.30 1cp 1/2 gout pce 1/2 cp par gout cep 75
29 Vitamine C 1000 à Sucre
23.30 1cp malte et mi de art repas pd 15
31 Zincskin 45
27.70 1cp 1/2 pd 15
49.60 1cp 1/2 pd 15
50) Vit D cure F 100.000
235.90

صيدلية الجبورة
Pharmacie du Jura
129, Bis Rue Oussama Benou Zaid
CASABLANCA
Tél 05 22 25 75 24
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

Cardioaspirine 100 mg/300cp
Acide acetyl salicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.
6 718001 090280

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
TEL : 05 22 25 03 73
Fax : 05 22 25 13 00
GSM: 06 61 14 99 86
E-mail: zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE.

45، شارع بتر انزاران 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



AZIBAC® 500 mg

3 comprimés pelliculés



6

118000

280378

LOT : 21236 PER : 06/2023
PPV : 60,00 DH

AMM N° 217 DMP/21/NNP

Laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

500 ملغ

عن طريق

أزيبياك®

أزيبيروميسين

أقراص مغلفة

AZIBAC® 500 mg

3 comprimés pelliculés



6

118000

280378

LOT : 21236 PER : 06/2023
PPV : 60,00 DH

AMM N° 217 DMP/21/NNP

Laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

500 ملغ

عن طريق

أزيبياك®

أزيبيروميسين

أقراص مغلفة