

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## 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.

## taire :

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.

## adie 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 072994

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11012

Société : Q.A.M. 91636

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHLAFA MOHAMED

Date de naissance : 18 - 08 - 1971

Adresse : 4, Rue TERTI Di ANG ABA TAOURIT  
MARRAKESH

Tél. : 06674715445 Total des frais engagés : 526,90 Dhs

### Cadre réservé au 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 : 07 NOV 2021

Nom et prénom du malade : KHLAFA Mohamed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bn Resp et ORL

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 : CASA

Le : 08/11/2021

Signature de l'adhérent(e) : M. T.

### 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
07 NOV 2021			150,00 dt	DR. ZEMMAMA O. LOFFI 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RF: 40436042	08/11/2021	376,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				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 l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**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 زماممة عمر لطفي  
خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, Le ... 07 NOV. 2021

الدار البيضاء في

Dr. KHLAFA L'Ordonnance

190,175 X8  
40) Clavulin 15 gn  
1 selkt 3x1; ap 24



20) Neopren 20  
37,00 4 cp diques le matin خلخال على بوك

21) Febrex  
2 1,00 1 selkt auf 3 repas

240) Coquelinol Pene +  
2 4,10 1 selkt auf 3x1

PHARMED  
LO: 9745  
UT.AV: 06-24  
PPV: 21DH00

50) Totifen  
1330 1 cas 3x1

DR. ZEMMAMA O. L.  
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

53,30

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 بئر 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

RESPECTER LES DOSES

PPU: 120,40 DH  
LOT: 645755  
PER: 05/22

RESPECTER LES DOSES PR

PPU: 120,40 DH  
LOT: 645508  
PER: 05/22

après chaque prise.

