

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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 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

Maladie

Dentaire

Optique *11.30.1X* Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0707** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **AIT LAKHDAR Mehdi**

Date de naissance : **01/01/1964**

Adresse : **36 Akar Isbat el ovajouj apt 6 Meurit casablanca**

Tél. : **06 63 60 28 38** Total des frais engagés : **282,10** Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Date de consultation : **15 AVR. 2022**

Nom et prénom du malade : **AIT LAKHDAR Mehdi**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **APP digestive**

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 : *Centre blanc cas*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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
15. AVR. 2022	V		200.000 X	DR. ZEMMAMA O. BOU 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES FAMILLES ANGLE PLUMERAIS ET IMAM TIB Casablanca - Tel: 0522 21 11 11 INPE: 00222	15/04/2022	82.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth (1 through 8 on each side of the midline). The teeth are arranged in a curve, with the upper arch curving upwards and the lower arch curving downwards. Four points are marked: **H** at the top center, **D** at the bottom left, **G** at the bottom right, and **B** at the bottom center. Arrows indicate movement directions: **H** points towards the upper teeth, **D** points towards the lower teeth, **G** points away from the lower teeth, and **B** points towards the lower teeth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr Zemmama Omar Lotfi
LAUREAT DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامه عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le 15 AVR. 2022

الدار البيضاء في

Mr. AIT LA KHIDAR Dchde

821 10

1 nexium 20

1 cp aet d'ince

SI

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir benn al anssam rachid
noureddine casablanca
INEXTUM
C
20 mg
Boite 14
840150MP/21NRO P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

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


LAMPA AL MERYEM
45, Bd. Bir Anzarane
Pharmacie des Familles Angle Rues
Normandie et Imam Tabarani
Casablanca - Tel: 0522.25.05.60

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 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