

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

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.

que :

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.

aire :

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.

die 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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- 080695

MAS216

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7155 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GOTNI AHMED

Date de naissance : 09-07-1962

Adresse :

Tél. : 0635738080 Total des frais engagés : 1466 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 MAI 2022

Nom et prénom du malade : GOTNI Ahmed

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gastrite, constipation

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 06 MAI 2022 | V | | 200,000 | DR ZEMMAMA OLOFI 40 Bd Bir Anzarane 02 05 22 25 03 73 Tél : 06 61 14 99 86 Fax : 0522251300 Email : zemmama_2012@live.fr |
| 12 MAI 2022 | CG | | | ZEMMAMA OLOFI Anzarane 003463417789 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |

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 pratique en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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



الدكتور زمامرة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

12 MAI 2022

الدار البيضاء في

Dr GOTNI

Ahmed

803,00

1) Pi-Pera
4 gel 3x5 pd 10 jours

821,00
2) Inactivin 200 et son act repas

9100,00
3) FeSol Fol
1 glacon / 5 semaines pd 1 mois cap

9.60 x 2 repas

4) D cure F
1 AS 15 jours

1266,30
TOURIA HEDI Nouzha
Université de Bruxelles
02, Bd Oum Habiba - El Oulef
Casablanca
Tél: 0522.90.17.15 - Casablanca
Patente: 20025000

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

DR ZEMMAMA DIMER LOTFI
45 Bd Bir Anzarane
05 22 25 03 73
05 22 25 13 00
GSM: 06 61 14 99 86
Fax: 0522251300
Email: zol2@live.fr
ICE: 01346341778

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

PYLERA® gélules
Boîte de 1 flacon de 120.
AMM N°281 DMP / 21 / NNP
PPV : 803,00 DH
Titulaire de l'AMM / Distributeur :
SOTHEMA, B.P.N° 127182 Bouskoura, MAROC

6 118001 072262

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair binou al aouam reches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640/15DMP/21NRO PPV: 82,10 DH
6 118001 020591

PPV: 49,50 DH
LOT: 21K03B
EXP: 11/2024

PPV: 49,50 DH
LOT: 21K03B
EXP: 11/2024

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate
Boîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée
PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate
Boîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée
PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate
Boîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée
PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047