

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

Conditions 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.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie 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.

Optique :

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

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- 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.

N° W21-729077

139086

| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>12648</u> | Société : <u>RAM</u> | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : <u>ENNA YAR OUSSAMA</u> | | | |
| Date de naissance : <u>08/05/1988</u> | | | |
| Adresse : <u>Géras Nouaceur 171 C</u> | | | |
| Tél. : <u>06 56 98 54 05</u> Total des frais engagés : <u>740,80</u> Dhs | | | |

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
DR. ZENJARI Lella
Dermatologue Vénérologue
30, Boulevard Quds
Elite Centre, 4^e Etg-Casa
Tél 0522 21 29 29

Date de consultation : 12/03/22
Nom et prénom du malade : Enny Inayy Sada RI Lella Age : 33
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : MUADDAB
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.
7702 2010 02

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 : Nouaceur Le : 28/01/2022
Signature de l'adhérent(e) DR. ZENJARI Lella

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12/09/22 | G | | 300.00 | INPE:091277871 Dr. ZENJARI Leila Dermatologue Vénérologue 30, Boulevard 4 ^e Etg. Casa Elie Centre, Tel 0522 21 29 29 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 12/09/22 | 300.00 |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

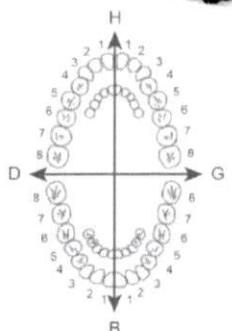
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

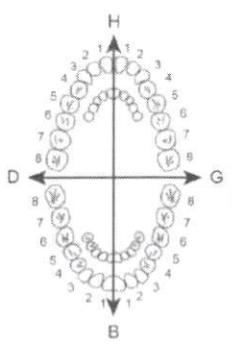
| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35033411 | 11433553 |
| G | | |

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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 Zenjari Leila

Spécialiste en Dermatologie
Vénérologie

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Chirurgie Dermatologique
- Dermatologie Pédiatrique
- Dermato -Allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine Esthétique



الدكتورة الزنجاري ليلي
أخصائية في الأمراض الجلدية
و التنسالية

أمراض الجلد، الشعر والأظافر
الجرحية الجلدية
أمراض الأذن الجلدية
الحساسية الجلدية
العلاج بالبوز الطبي
طب التجميل

Casablanca, le 12.10.22 الدار البيضاء، في.

87,30

14^{me} Mouaddib El Aouia Zineb

87,30

① DermoFix creme

321,00 1app/j sur la plante du pied

14/10/2023
FET 06.25
PPV 67 DH 30

② Loceryl solution flingère

32,50 1app x 2/semaine sur l'ongle

LOCERYL 5%
Vernis à ongles médicamenteux
Flacon de 2,5 ml
AMM N° 07 DMP/21/NCN
PPV : 32,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N° 1,27182 Bouskoura-Maroc
Barcode: 6 118001 070381

③ Diprosone creme

1app/j le soir (genou et ongle main) 10g
puis 1soir au 2 jult 1 mois
puis 2 semaines jult 1 mois

LOT : 142
PER : NOV 2024
PPV : 32 DH 50

Dr.ZENJARI Leila
Dermatologue & Vénérologue
30, Boulevard El Qods
Elite Centre, 4th Etg-Casa
Tél 0522 21 29 29



30 Boulevard El Qods, Elite Center, 4th étage, N°40



05 22 21 29 29

30 شارع القدس ، الbeit ستير ، الطبق الرابع ، رقم 40



Leila-zenjari@hotmail.fr