

# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

26  
M200  
R.A.M

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11042

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IKHLAFA MOHAMED

Date de naissance : 18 - 08 - 1971

Adresse : 11, RUE TERRINI ANGLE ABOU JAOUR

Naovic

Tél. : 066H 71 5445

Total des frais engagés :

344,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ZENIMAMA OLOTFI  
45 Bd Bn Anzararie  
C 05 22 25 03 73  
GSM 06 61 14 99 86  
Fax 0522251300  
Email zol2@live.fr  
ICE : 003463417789

51 JAN. 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : CARA

Le : 31 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :



8

## 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
1 JAN 2023	✓		250,00D	DR ZEMMAMA O LOTFI 45 Bd Bir Anzara C: 05 22 25 02 13 GSM: 06 61 14 99 86 Fax: 05 22 25 13 00 E-mail: zed2@lyve.fr 06 24 17 86 91

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.01.23	114,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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'ODF.

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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



Casablanca, Le 31 JAN. 2023

الدار البيضاء في

Dr KHLAFA Mohamed

1) Azemycine 500  
CP/5 pd 3x 66,00

2) Algofene 400  
CP 3x 30,00

3) Solupred 20  
CP delus emmata pd 3x 28,70

4) T=124,70

66,00

66,00

AIGUI

LOT : 7358  
UT. AV : 02-25  
P.P.V : 30 DH 00

PHARMACIE LA BRISE  
38, rue Al Massa El Azfi, Maarif ext Casablanca  
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01  
Email : paralabise@gmail.com  
Fax : 05 22 25 13 00  
GSM : 06 61 14 99 86  
Site : www.paralabise.com

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  
ICE : 0034634177297

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Solutred 20 mg 20 cp  
P.P.V : 48,70

5 118000 060536

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