

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 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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1251

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khallaaf Saadia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

1. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bn Anzarane
tél: 0522 25 03 73 - Gsm: 0661 14 99 86

Date de consultation : 13 FEV. 2023

E-mail: zol2@live.fr

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causés 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
13 FEV 2013	✓		200,00 DA	Jr. ZEMMAMA O. LOTFI 45, Bd Bir Anzarane Tél.: 0522 25 03 73 - Gsm: 0661 14 99 86 E-mail: zol2@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BLOC "C" GHOFRANE Rue 2 N° 116 Bloc (C) Sidi Bernoussi Al Qods Sidi Bel Abbes	13-02-2023	196,80

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 l'ODF.

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

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

Casablanca, Le

13 FEB 2023

الدكتور زمامرة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

الدار البيضاء في

Sacdice

Hme KHALAF

120.40

1) Clavulin 1g
S.V.

18.00 1 selkt 2x

2) P. Polyporaceus
3x

37.40 Neopred 20

3) Neopred 20
3 cp de 100 mg

21.00 S.V.

4) Febret
3x

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

T 196.80
PHARMACIE BLOC "C"
Rue 2 N° 110 Bloc (C)
Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

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 : 0034634177897

13 FEB 2023

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 بتر أنزاران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
fax : 05 22 25 13 00
المحموم : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr



PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

18,00

**pulmofluide®
simple**



PARAMED
LOT : 2079
UT. AV. : 08-25
PPV : 21DH00