

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 3150

Société : REPRISE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M'heddad Smaïla Farida

Date de naissance :

Adresse : 43 Rue Abu El Aggas El Agha Maârif

Téléphone : 06 10 82 23 49 Total des frais engagés :

YMP Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

J. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Ibn Azarane  
Tél: 0522 25 03 73 - GSM: 0661 14 99 86  
Email: zol2@live.fr

Date de consultation : 03 MAR. 2023

Nom et prénom du malade : BEN ZEROUA Fabda

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleur thoracique

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 : 03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Gypt  
ACCUEIL

### 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
03 MAR 2023	V		200,00€	DR. ZEMMAMA O. LOUAI 45, Bd. BR Anziane Tél.: 0522 25 03 13 GSM: 0661 14 99 86 E-mail: zol2@live.fr

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
El QADDAJ Cas	03/03/23	108,00

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

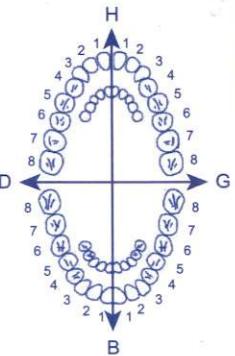
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	25533412   21433552 00000000   00000000	D	G	MONTANTS DES SOINS
	B	35533411   11433553			
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



الدكتور زماممة عمر لطفي  
خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

03 MAR. 2023

الدار البيضاء في

Dr Farida B.

Liv

1) Cedop



22 ₣

Myc

2) Remox

mcg x 100



Dolice



mcg x 100

5) 864

3) Agnec



PPV: 86DH40  
PER: 07/25  
LOT: L2577-1

DR. ZEMMAMA O.

45, Bd. Bir Anzarane  
Tel: 0522 25 03 73 - GSM: 0661 14 99 86  
E-mail: zol2@live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca  
TEL : 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
E-mail : zol2@live.fr

45، شارع بئر أنزاران الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 03 73  
المحمول : 06 61 14 99 86  
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE