

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.

N° W21-803991

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EMARAB THLEU

Date de naissance : 21/17/76

Adresse : Résidence Romane II

Tél. : 0693727212 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMAMA O. LÔTFI
45, Bd. Bir Anzarane
T: 0522 25 03 73 - GSM: 0661 14 99 86
E-mail: zol2@live.fr

Date de consultation : 02 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : INES TAOUFIK Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Angiome de la peau*

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.

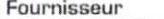
Fait à : Le : 02/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : *Ines Taoufik*

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
02 JUIN 2023	✓	9	200,00 Dhs	INP : 091141242 DR ZEMMAMA O LOTFI 45 Bd Bir Anzarane 72

EXECUTION DES ORDONNANCES F

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Email : 003463417789 Montant de la Facture
	6.2.06/23	120.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.



Casablanca, Le 02 JUIN 2023

الدار البيضاء في

Ms TAOUFIK INES.

P. 55 Kg
T: 164 cm
A: 13 aées



1^o) Febrer A

82.100 salut sur 3 repas

(S.V)

2^o) INEXIUM 20

1 cp au coucher ou au lever

38.00

3^o) COTRUM F

1 cp 2x5 cap repas

(S.V)

4^o) COPRAME

1 sirop 2x5

T: 120.10

PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS
N° 45, Bd. Bir Anzarane et Ali Abderrazak
Tél: 0522 25 03 73 - CASABLANCA

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bd. Bir Anzarane
0522 25 03 73 GSM: 0661 14 99 86
il: zol2@live.fr

PPV 21DH20

EXP 10/2025
LOT 29009 14

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

TEL : 05 22 25 03 73

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 :

المحمول : 06 61 14 99 86 :

البريد الإلكتروني : zol2@live.fr