

## 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 canaux, 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 canaux.

#### 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° W19-532471

49541

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11066 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAKER Radi

Date de naissance : 25/6/74

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 282 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 SEP 2020

Nom et prénom du malade : CHAKER BADI

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Asthénie ph

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAS Le : 02/10/20

Signature de l'adhérent(e) :

Déclaration

Rempliss

Il sera né

réclamati



# RELEVÉ 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
23 SEP 2020	C		4150,2000	<div> <div>091141242</div> <div>Dr. ZEMMAMA O. LOUFI</div> <div>45, Bd. Bir Anzarane</div> <div>C 06 22 25 03 73</div> <div>GSM : 06 61 14 99 86</div> <div>Fax : 05 22 25 13 00</div> <div>Mail : zol2@live.fr</div> </div>
02 OCT 2020	CG			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Honoraires
<div> <div>02/10/20</div> <div>132,00</div> </div>	02/10/20	132,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES

Cachet et signature du Particien	Montant détaillé des Honoraires
<div> <div>ZENITH Pharma</div> <div>AMM N°171/16 DMP/21/NNPR</div> <div>6 118001 272228</div> <div>PPV : 20,90 DH</div> </div>	<div> <div>ZENITH Pharma</div> <div>AMM N°171/16 DMP/21/NNPR</div> <div>6 118001 272228</div> <div>PPV : 20,90 DH</div> </div>

Signature de tous

# HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée et la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<div> <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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



الدكتور زمامة عمر لطفي  
خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

02 OCT. 2020

الدار البيضاء في

Dr CHAKER Boudia

8360

20974

1) Vitamine D 1300

1 AB par mois pd 4 mo

4850

2) Cotiprix 20

3 cp de l'us le matin en 1  
par pd 3 j

13210

Mme Amal EL QABBAY BAHRI  
Docteur en Pharmacie  
PHARMACIE DANTON  
47 Boulevard Bir Anzarane  
Tél 0522 25 09 78 - Casablanca

Dr ZEMMAMA O LOTFI  
45 Bd Bir Anzarane  
05 22 25 03 73  
05 22 25 14 99 86  
GSM 06 61 14 99 86  
Fax 05 22 25 13 00  
E-mail zol2@live.fr

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 أنزران 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