

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-573474

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 03677

Société : 50071

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HENNI MUSTAPHA

Date de naissance : 05/09/60

Adresse : 442 MASSIRA 3 B Maâalech

Tél. : 06 61 21 19 11

Total des frais engagés : 803 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAMZALAH Yassine  
Rhumatologue  
Sidi Maârouf 4, Rue 36  
Casablanca - Tél. : 05 22 83 12 13

Date de consultation : 08/10/2020

Nom et prénom du malade : Henni Mustapha

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rhumatologique

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. LAMZALAH Yassine  
Rhumatologue  
Sidi Maârouf 4, Rue 36  
Casablanca - Tél. : 05 22 83 12 13

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
02/10/2008	Consultation		25000	INP : 03/10/2008 L'AMZALAHY Chirurgie Rue 36 N°4, 1er Etage Tél. : 06 22 83 12 13

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE TOURAIN Dr. Kenza BENMOUSSA Rd. Abdellatif Ben Kaddour Casa - Tél: 0522 94 26 90</del>	08.10.2020	<del>PHARMACIE TOURAIN Dr. Kenza BENMOUSSA Rd. Abdellatif Ben Kaddour Casa - Tél: 0522 94 26 90</del> 552.10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

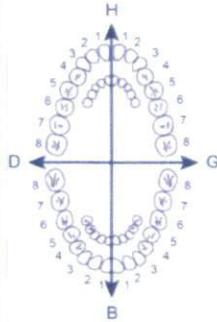
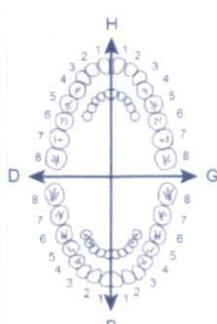
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

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"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																		
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<b>MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000																	
	35533411																	
	B	11433553																
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																		

# Dr Yassine LAMZALAH

Médecin Spécialiste en Rhumatologie  
Médecin des os, des Articulations,  
et de la colonne Vertébrale



- Polyarthrites et maladies systémique (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo - articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

أمراض الطب الباطني (باريس)  
ال脆弱 (باريس)  
6118001 100088  
دبي (البيج)  
بيولوجية  
أمراض هشاشة العظام

LOT 191336  
EXP 04/2022  
PPV 99.00 DH



Casablanca le : 15/08/2022

Nom :

M. Benni  
Muhammed  
Anapres  
2 CP / J  
M's  
PHARMACEUTIQUE  
D'ALGER  
Casablanca  
Lyrica  
1 gel matin  
1 gel le soir

Batch No.: Exp./PPV: 94 dhs 00  
6118001 260850  
LOT : M0340  
PER : 04/2022  
PPV : 57, 10DH



LYRICA 75MG 56 gélules  
P.P.V. 307DH00

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc

6 118001 170678



سيدي معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء

Sidi Maârouf 4, Rue 36 N° 4, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél : 05 22 83 12 13  
E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

99.00  
2)

1.94.00  
1)

4.55.10

or jai de -

S.V

Δ gel (j)

M + vo + an

Δ SPX = l j

S.V

in (l j)

Dr. LAMZALAH yassine  
Rhumatologie  
Sidi Maârouf 4, Rue 36 N°4, 1er Etage  
Casablanca - Tél.: 05 22 83 12 13

WALIMACH TOURAH  
Dr. Kenza BENMOUSSA  
Dr. Abdellatif Ben Kaddour  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Casa - Tél: 05 22 94 26 90