

# 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
- Pre 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0024006

NP

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1411 Société : 187037

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZRAOULI M HAMED

Date de naissance : 1-1-49

Adresse : 5, rue Amir Abdelkader Ville nouvelle

Tél. : 066132837

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 Dec 2023

Nom et prénom du malade : ZRAOULI M Hamed Age :

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

Nature de la maladie : Syndrome grippal + Bronchite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

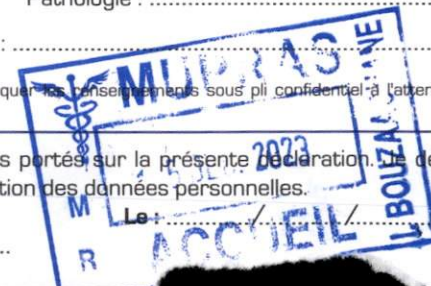
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 08/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :





# 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.  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08 Dec 2023     | 1                 | 3                     | 100,000                         | Docteur Ezzine Ghannouchi<br>Médecine Générale<br>Enregistré au Collège des Médecins de Tunisie<br>N° 14 822 877 / 8 GSM 0961 39 40 17 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| الصيدلية الجديدة<br>PHARMACIE NOUVELE<br>13, Place de L'Indépendance<br>Tel: 05 24 40 30 87-501 | 08/12/23 | 200,40                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

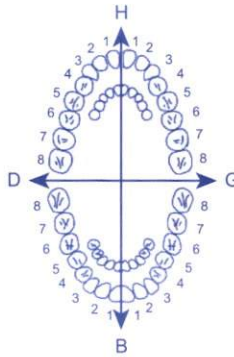
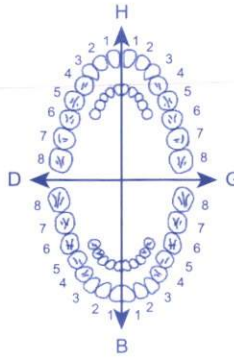
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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 <input type="text"/> |
|  |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|  |  |                  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|  |  |                  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|  |  |                  |  |  |
|  |  |                  |  |  |
|  |  |                  |  |  |
|  |  |                  |  |  |
|  |  |                  |  |  |
|  |  |                  |  |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> 25533412 21433552<br/> 00000000 00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/> 00000000 00000000<br/> 35533411 11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |
|  |  |                  | 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



Docteur EZZINE Lhoussaine

MÉDECINE GÉNÉRALE

De La Faculté De Médecine De Rabat

Diplôme d'Echographie Université De  
Montpellier France

Diplôme d'Ergonomie Appliquée à La  
Médecine de Travail Université de Dijon France

MEDECIN EXPERT

Electrocardiogramme

La Circonscision Des Enfants

Ancien Médecin Chef Des Urgences Hôpital  
Provincial De Khemisset

Ancien Médecin De Travail à L'OCF

Médecin Agrée Par Le Ministère De La Santé

Pour Délivrance Du Certificat Médical

D'aptitude à La Conduite

الدكتور الزين الحماين  
(الطب العام)

بكلية الطب بالرباط

دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونبلييه فرنسا

الطب الشغل و بيئة الشغل

الخبرة الطبية - تخطيط القلب

ختان الاطفال

طبيب مسؤول بالمستعجلات سابقا بالمستشفى الإقليمي

بالخميسات

طبيب سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

إعطاء الشهادة الطبية للقدرة على السياقة

Safi, le 08 Dec 2023 في آسفي

ZRAOULI MHAMED -

2920

17 A-ZTX 100 mg

49.000

29

Docuvox

SANS VIGNETTE

2270

Docuvox

33

Résumé de la consultation

SANS VIGNETTE

PHARMACIE NOUVELLE  
13, Place de L'Indépendance  
Tel: 05 24 46 30 87-50

Docteur EZZINE Lhoussaine  
Médecine Générale

Echographie - Médecine de Travail  
N° 4 Rue n° 4 SMISS TRIKI - Ville Nouvelle SAF  
Tel: 05 24 62 07 78 - GSM: 06 61 39 40 27

22.70

PPV: 79DH70  
PER: 06/26  
LOT: M220

LOT: 230628  
DLUO: 06/2026  
49.00DH

LOT: 230630  
DLUO: 06/2026  
49.00DH