

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



Déclaration de Maladie

NP

M22- 0024006

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1411 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ZRAOULI M HAMED 187037
 Date de naissance : 1-1-49
 Adresse : S. rue Amir Abdelkader Ville nouvelle S. M. A.
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Actés
08 Dec 2023			100,000	<i>[Signature]</i>

Docteur EZZINE DUBUSSAIRE
 Médecine Générale
 Exercice de Médecine Générale
 13, Place de l'Indépendance
 923 02 27 70 GSM 06 61 39 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	08/12/23	200,40

PHARMACIE NOUVA
 13, Place de l'Indépendance
 Tel: 05 24 40 30 87-56

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	

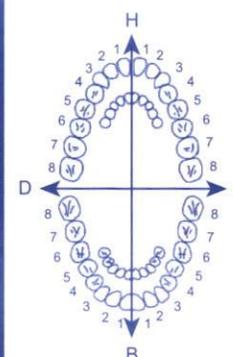
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

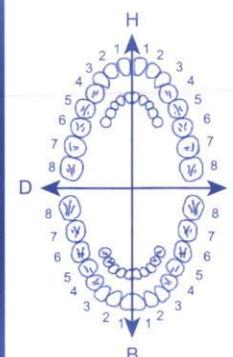
Important :

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	H															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	B															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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
Diplome d'Ergonomie Appliquée à La
Médecine de Travail Université de Dijon France
MEDECIN EXPERT
Electrocardiogramme
La Circoncision 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 العماين
(الطب العام)

بكلية الطب بالرباط
دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونتيليه 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

آسفي، في 08 Dec. 2023، Safi, le.....

ZRAOULI MHAMED -

2970

17 A ZITX 100 mg

SANS VIGNETTE

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

49000
29 98.00

29 Docinox 8p

SANS VIGNETTE

LOT: 230628
DLUD: 06/2026
49.00DH

29 20000
33 R. Lhoussaine Safi

SANS VIGNETTE

LOT: 230630
DLUD: 06/2026
49.00DH

صيدلية الجديدة
PHARMACIE NOTTA
13, Place de L'Indépendance
Tel: 05 24 46 30 87-501

Docteur EZZINE Lhoussaine
Médecine Générale

22,70

Echographie - Médecine de Travail
et Médecin Expert
N° 4 Rue n° 4 SMISS TRIKI - Ville Nouvelle SAF
Tel: 0524 62 07 78 GSM: 0661 39 40 27

200,40