

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-445403

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<i>10837</i>			
Matricule :	1411	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom :		Abderrahmane Znacouci	
Date de naissance :		1 - 1 - 49	
Adresse :		5, Rue Amir Abdellkader Ville nouvelle SAFI	
Tél. :	0661 32 8375	Total des frais engagés : 10122,50 Dhs	

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
<i>Docteur EZZINE Idriss Médecin du travail et D'ergonomie appliquée ACCUEIL M HAMED</i>			
Date de consultation :	19/12/2019	Age :	70
Nom et prénom du malade :		ZEROUFI M HAMED	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

<b>VOLET ADHÉRENT</b>	
Déclaration de maladie	
N° W19-445403	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
19/12/2019	1	8	200,00 DT INP : 71188484	Docteur EZZINE Lhoussaine Médecin du Travail 100% à la charge de l'INP

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	le 19/12/19	

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Docteur EZZINE Lhoussaine

MÉDECINE GÉNÉRALE

De la Faculté de médecine de Rabat  
Diplôme d'Échographie Université De  
Montpellier France  
Diplôme d'Ergonomie appliquée à la  
médecine de Travail Université de Dijon France  
MEDECIN EXPERT  
Electrocardiogramme  
la Circumcision des enfants  
Ancien médecin chef des urgences Hôpital  
Provincial de khemisset  
Ancien médecin de Travail à l'OCP  
Médecin agréé par le ministère de la santé  
pour délivrance du certificat médical  
à la conduite

الدكتور لحسن الحسain  
الطب العام

بكلية الطب بباريس

دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونبلييه فرنسا

الخبرة الطبية

تخطيط القلب

ختان الأطفال

طبيب مسوؤل بالمستجولات سابقاً بالمستشفى الإقليمي  
بالخمسين

طبيب سابق بالمكتب الشريف للغوصفات

طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

لإعطاء الشهادة الطبية للقدرة على السياقة

SAFI , le 13/12/2013 آسفى في

150,40

ZRH S V

M. HOUSSAIN

Tanganil® 500 mg

تاجانييل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص -

VTE : MA - PPV : 51DH00

728860



6 118001 183340

51,00

My Tangane

versant SV

150,40

2g

My 2m SV

56,10

3g

My 2m SV

28,00

LOT 4646  
UT AV 08-21  
PPV 29DH00

1 gr pelle /  
vapeur

22,00

1 cas 3  
Cedol 4g

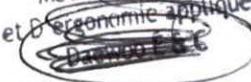
en cas de  
Nausee

22,00



Docteur EZZINE Lhoussaine

Médecin du travail  
et Ergonomie appliquée



رقم 4 زنقة 4 سميسي التريكي - المدينة الجديدة - آسفى - الهاتف : 05 24 62 07 78 - المحمول : 05 39 40 27

Rue N4 - N4 - SMISS TRIKI - Ville Nouvelle - SAFI - Tel: 05 24 62 07 78 - GSM: 06 61 39 40 27

106,89x3

Trixon SV

(u)3

LOT : P-04-1  
PER : 03-2022  
PPV : 106,80DH

en 1M1jx3

Clo Manne SV

2 amp SV ne seule forme

au besoin

11,30

LOT : 190575  
PER : 03-22  
PPV : 11,30DH

reg Vagabond SV  
amp 2M1 en cas de bousculade

Docteur EZZINE Lhoussaine  
Médecin du Travail  
et d'ergonomie appliquée  
Dakar 2022

649,40

