

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise 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

N° W19-585955

21560

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1411 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELHADDAY NADIA épouse Zouhair Gh
 Date de naissance : 26/11/76
 Adresse : 5, rue Amir Abdelouah V.W. Saei
 Tél. : 666132837 Total des frais : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EZ-ZINE LAHOUSSE
 MEDECINE GENERALE
 Echographie - Médecine de Travail
 et Médecin Expert
 N°4, Rue N°4, SMISS TRIKI - V.N. - Safi
 Tél: 05.24.62.07.78 / GSM: 06.61.30.40.27

Date de consultation : 7/1/2020
 Nom et prénom du malade : ELHADDAY Nadia Age : 43
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Brûlure + infirmité
 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.

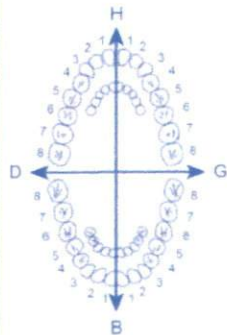
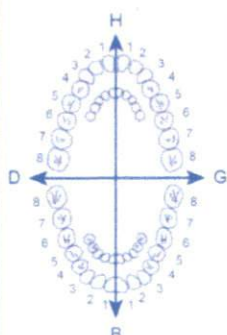
Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
7-4-2021	1	Σ	1009000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP 112000757	07/04/21	250,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) 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

MEDICINE GENERALE



الدكتور الزين الحساين
الطب العام

Lauréat de la Faculté de médecine de Rabat
Diplôme d'Echographie de l'université de Montpellier France
Diplôme d'ergonomie appliquée à la

Médecine de travail de l'université de Dijon France

Expertise médicale, Electrocardiogramme, La circoncision

Ancien médecin chef des urgences d'hôpital

Provincial de khemisset, Ancien médecin de travail à l'OCP

Médecin agréé par le ministère de la santé pour délivrance du
certificat médical d'aptitude au conduit

خريج كلية الطب بالرباط

دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونبلييه فرنسا

الخبرة الطبية، تخطيط القلب، ختان الأطفال

طبيب مسؤول بالمستعجلات سابقا بالمستشفى الاقليمي

بالخميسات، طبيب سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

الإعطاء الشهادة الطبية القادرة على السياقة

SAFI, le

Docteur EZZINE Lhoussaine
MEDECINE GENERALE
Echographie, Médecine de Travail
et Médecin Expert

N°4, Rue
Tél: 05.24.62.07.78 / GSM: 06.61.30.40.27

PPV 79DH70
PER 11/23
LOT J3106

P.P.V 15 DH 80
PER 02/24
LOT K315

PPC: 49.00DH
LOT: C802353
EXP: 12/2022

NEOVIMAG
MAGNÉSIUM MARIN - VILB6
300 mg

Lot : NVM17
A consommer avant le : 01/2022
PPC: 84.50 DH

LOT : 202010
PER: 11/2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

Docteur EZZINE Lhoussaine
MEDECINE GENERALE
Echographie, Médecine de Travail
et Médecin Expert

N°4, Rue
Tél: 05.24.62.07.78 / GSM: 06.61.30.40.27

رقم 4، زنقة 4 سميس التريكي- المدينة الجديدة - أسفي، الهاتف: 0524620778 المحمول: 0661394027

Rue 4, N°4-SMISS TRIKI-ville nouvelle-SAFI, Tel : 0524620778, GSM : 0661394027