

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.

Diologie 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.

Education :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Nº M21- 0018563

85375

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1411	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		H. ZRAOULI ITTAMER	
Date de naissance :		1-1-49	
Adresse :		5 rue Amic Bladel Kader Ville Nouvelle SACI	
Tél. :	0661 32 8377	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur EZ-ZINE Lhoussaine
MEDECIN GENERALI
Echographie - Medecine de travail
et Medecin Expert
N°4 Rue N°4 SMISS TRIKI - VILLE SAFI
Tél : 05 24 62 07 78 / GSM 06 01 39 40 27

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :	ZRAOULI MITAMED		
Age :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA		
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-018563

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) :

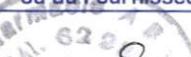
Total des frais engagés :

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
26/7/21	↑	9	100100.00	 Docteur EZ-21 MEDICAL Médecin Expert GSM:06.61.39.40.27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  INP 112000757	Le 26/04/2011	374,80

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

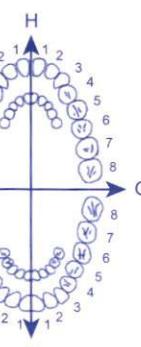
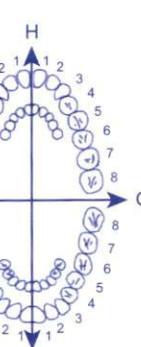
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 Circoncision 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
d'aptitude à la conduite

الدكتور لـ زين الحسـاين
اللهـب للـعـام

كلية الطب بالرباط

دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونتليه فرنسا

الخريدة الطبية

تخطيط القلب

كتاب الأطفال

محلات مارقات

طبيب مسؤول بالمستعجلات سابقاً بالمستشفى الإقليمي بالخمسات

طبيب سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط
طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

١١- على السياقة

١١٠٧

آسفی في... ٢٦٧٢١.....SAFI ,le... ٢٦٧٢١.....

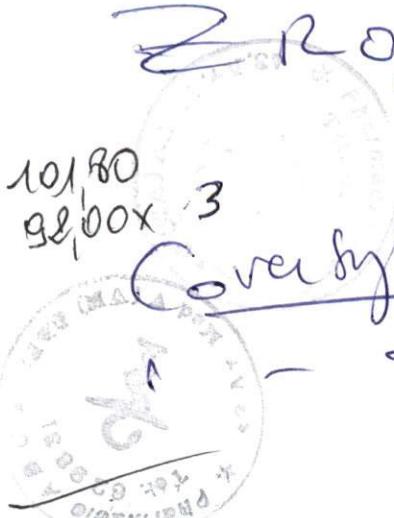
9200

10180

gel box 3

^{x 3}
Cover byl 8 my

344180



Docteur EZ-ZINE Ihoussaine
MEDECINE GENERALE
Echographie - Médecine de Travail
et Médecin Expert
N°4.Rue N°4 SMISS TRIKI V.N.-SAFI
161 05 24 62 67 78 / GSM: 05 51 39 40 2

رقم 4 - زنقة 4 سمبس الريح - المدينة الجديدة- آسفـي - الهاتف : 05 24 62 07 78 - المحمول: 06 61 39 40 27

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