

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9614 Société : GPT

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MAKHROUB ABDELAZIZ

Date de naissance : 06/08/62

Adresse : 19 Rue Elbenafssaj ETG-5 APT30 Hay RAHADOU

Tél. : 0616 881197 Total des frais engagés : 624,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2021

Nom et prénom du malade : Age : 59

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Céphalée - vertige

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064170

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 : 9614

Nom de l'adhérent(e) : MAKHROUB

Total des frais engagés : 624,70

Date de dépôt : 14/11/22

## Déclaration de Maladie

N° P19- 064170

9614 624,70

### 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
12/11/21	CS	—	309.02	 <p>الدكتور مونيز Dr. Mounir EZZOUBI NEUROLOGUE EEG - EMG أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي 5, Rue Soumier, Rue Gaillen - Q. des Hôpitaux Casablanca - Tel: 0522 26 32 32</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>18, Rue El Massine BOUL. EL MASSINE CASABLANCA Tel: 0522 26 32 32</p>	12/11/21	624,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

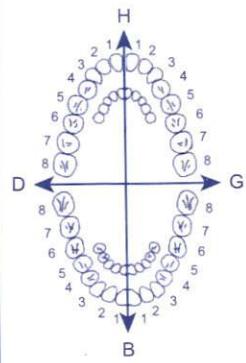
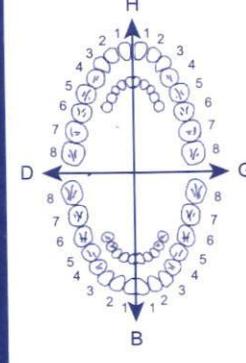
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	
B	35533411	11433553	
<b>[Création, remont, adjonction]</b>			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

# Docteur Mounir EZZOUBI

Neurologue

Electroencéphalogramme ( EEG )

Electromyogramme ( EMG )

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

الدكتور مونير الزوبي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

المخطيط الكهربائي للدماغ ( الشبكة )

المخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خبريرج كلية الطب ببروكسيل

طبيب سابق

مستشفيات فرنسا

Casablanca, le : ..... 12.11.2021 .....

Mr MAKHROUB Abdelaziz

83,70 x 7

1 DEROXAT 20 mg cp pellic séc : B/14

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

19,40 x 2  
2 NORDAZ 7,5 mg cp séc : B/30

1/2 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

Docteur Mounir EZZOUBI

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

PPV:83,70 DH

ID: 647617

6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

PPV:83,70 DH

ID: 647617

6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

PPV:83,70 DH

ID: 647617

6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

PPV:83,70 DH

ID: 647617

6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

PPV:83,70 DH

ID: 647617

6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

PPV:83,70 DH

ID: 647617

6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

PPV:83,70 DH

ID: 647617

6 118001 140237