

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0025989 39947
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14 11 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. ZRAOULI MHAMED
Date de naissance : 1-1-79
Adresse : 5 rue Amir Abdelkader Ville nouvelle SAF
Tél : 06 61 32 83 75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : ZRAOULI MHAMED Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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

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

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

3/10/22 1 5 100,000 [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

[Signature] 3/12/22 278,30

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

[Diagram of dental arches with numbers 1-8 and letters H, B, D, G]

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

[Diagram of dental arches with numbers 1-8 and letters H, B, D, G]

Coefficient
DES TRAVAUX

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'EXECUTION

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'OCF
Médecin agréée par le ministère de la santé
pour délivrance du certificat médical
d'aptitude à la conduite

الدكتور الزين الحساين
الطب العام

بكلية الطب بالرباط
دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونبلييه فرنسا
الخبرة الطبية
تخطيط القلب
ختان الأطفال
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 3/10/2022، le SAFI

ZRAOULI M HAMED

51.40

by Diny 37.00

24 Dux 37.00

76.20 Valfaren 70mg

113.70 Ranciflex 20mg

by Ranciflex 20mg

by Ranciflex 20mg

by Ranciflex 20mg

by Ranciflex 20mg

by Ranciflex 20mg

by Ranciflex 20mg

by Ranciflex 20mg

DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
علبة من 20 قرصا

37,00

6 118001 030408
VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV : 76.20 DH

PPV: 113 DH 70

Docteur EZZINE Lhoussaine
MÉDECINE GÉNÉRALE
Echographie - Miroscopie de TISSON
et Médecin Expert

AMM N°: 528/17DMP/21/NRQ/R1
N° Lot: 2T3592
Date: 04/2022
Per: 04/2025
p.p.v. 51.40 MAD (Dhs)

رقم 4. زنقة 4 سمس التريكي - المدينة الجديدة - آسفي - 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