

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.

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.

Prothèse :

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 P19- 0038308

ND: 95552

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9614 Société : C.P.I

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAKHROUB ABDELAZIZ

Date de naissance : 06/08/62

Adresse : 19 RUE EL BANAFSAY ETG 5 APP 30 Hay RAHACASA

Tél. : 06 16 88 11 97 Total des frais engagés : 1449,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/03/2020

Nom et prénom du malade : MAKHROUB AbdePaziz Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Céphalée Vertiges

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 Le : 17/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-038308

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 : 1449,40

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
17/03/2020	CS	Oui	300,00	<p>Dr. Mounir EZZOUBI NEUROLOGUE EEG - EMG 5, Rue Soliman, Rue Gallien - Q. des Héphtaux Casab - Tel: 0322 48 53 61</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/03/20	1149,40

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/03/20	EEG	700,00

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

80 FRS

* 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	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'E				

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 منير الزوبي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للمضلات والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le :17.03.2020.....

Mr MAKHROUB Abdelaziz

126.00x3



1 CILENTRA 10 MG

1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois.

35.70x2

2 ALPRAZ 0.5 MG

1/2 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois.

Docteur Mounir EZZOUBI



5 Rue Soumnia - Tel: 0522 48 53 61
Bureau des Chirurgiens - G. des Hôpitaux
Docteur Mounir EZZOUBI
EEG EMG
NEURO-DGEE

LOT 192014 1
EXP 09 2022
PPV 35.70

LOT 192011 1
EXP 09 2022
PPV 35.70

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 منير الزوبعي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للمضلات والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسيل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le : ١٧.٠٣.٢٠٢٥

MR MAKRoub Abdelaziz

EEG



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 منير الزوبعي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للمضلاط والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

17/03/2020

Casablanca, le :

Note d'honoraire

NOM ET PRENOM : MAKHROUBAbdelaziz

Consultation spécialisé : **300.00** Dhs

Electroencéphalogramme (K30) : **700.00** Dhs

Total : 1000.00 Dh.

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Mille Dirhams.**

Docteur Mounir EZZOUBI
Neurologue

Dr Mounir EZZOUBI
NEUROLOGUE
EEG - EMG
أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي
5, Rue Soumia, Rue Gallien - Quartier des Hôpitaux
Casab - Tel: 0522 48 53 61