

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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



Déclaration de Maladie

N° P19-

063794

ND: 43925

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1411

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : AL 2010461

Prénom : Othmane

Date de naissance : 1-1-49

Adresse : Rue Amir Abdellah Ville nouvelle Sidi

Tél. : 0661328371

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZINE L'HOUSSAIN
MÉDECINE GÉNÉRALE
ÉCHUANOPHIE - Médecine de travail
et Médecin d'exam
N°4, RUE N°4, 5M188 TRIKI - V.H - S+
Tél. 05 20 52 87 78 / GSM: 06 01 30 40 2

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 de déclarer avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent[e] :

Le : 15.06.2020


ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-063794

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
21/09/2020	1	3	100.000 Dhs	DR. ZINE / HOUSSAIN MEDECINE GENERALE Zine - Médecine de travail Médecin expert MISS TRIKI - V.N. - Saffi SM - 36.61.39.40.27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	N° de la Facture Montant de la Facture
	28/09/20	144,50

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

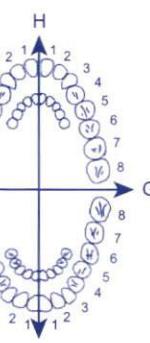
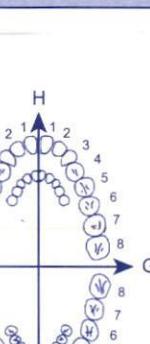
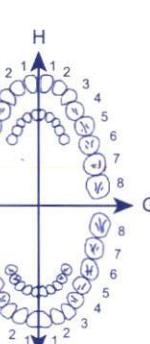
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'Échographie 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 لزين الحسain
(الطب العام)

بكلية الطب بالرباط

دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونبلييه فرنسا

الخبرة الطبية

تحفيظ القلب

ختان الأطفال

طبيب مسؤول بالمستعجلات سابقًا بالمستشفى الإقليمي
 بالخميسات

طبيب سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

لإعطاء الشهادة الطبية للقدرة على القيادة

SAFI, le 21/9/2020 آسف في

ZRAZULI Mohamed

118,50



Tax 118,50



59,00 - 0 -
24 Supradyn 118,50
144,50



Dr. EZZINE LHOUSSAIN
MÉDECINE GÉNÉRALE
Echographie - Médecine de Travail
et Médecin Expert
N°4, Rue N°4 - SMISS TRIKI - V.N - Safi
Tél: 05.24.62.07.78 / GSM: 06.61.39.40.27

رقم 4 زنقة 4 سميسي التريكي - المدينة الجديدة - آسفي - الهاتف : 78 05 24 62 07 78 المحمول: 27 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