

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

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **aire :**

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.

## **die 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



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1411 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MR ZRAOULI THOMAS

Date de naissance : 1-1-48

Adresse : 5 Rue Amir Abdellkader V.N. Safi

Tél. : 0661348315 Total des frais engagés : ..... Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

ZIAZINE MOUSSAINE

**MEDECINE GENERALE**  
**Echographie - Médecine de Travail**  
**et Médecin Expert**  
**N°4, Rue N°4, GMISS TRIKI - V.N. Safi**  
**Tel: 05.22.02.07.78 / GSM: 06.61.35.40.27**

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ZIAZINE MOUSSAINE Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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

Fait à : .....

Signature de l'adhérent(e) : SAF

**MUPRAS**

15 JULI 2020

**ACCUEIL**

## **VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° P19-034012

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 bonnement des Actes
27/08/2020	7		100,00 HT	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES CACHET DU MEDICIN Dr. TRIKI V.N. Safi GSM: 06.61.39.40.27 Date: 27.08.2020

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.08.2020	486,70

## 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
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	G

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX**

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 لعزيز (الحسين)  
الطب العام

بكلية الطب بباريس

دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونبلييه فرنسا

الخبرة الطبية

تخطيط القلب

خيان الأطفال

طبيب مسؤول بالمستعجلات سابقاً بالمستشفى الإقليمي  
بالخمسينات

طبيب سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

لإعطاء الشهادة الطبية للقدرة على القيادة

SAFI, le 24/1/2020 آسف في

Z RAOUFI a HAMMED

101,80x4

14 Coughs (x 4) 101,80

48,50

4 Zefalax (x 1) 101,80

4

SPV  
Z RAOUFI

Lot : 024  
À utiliser de  
préférence avant le : 03/2025

PPC : 79,50 DH

486,40

101,80

101,60

101,80



DR EZZINE LHOUSSAINE  
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