

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

étique :

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.

ntaire :

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

Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 063803

Optique Autres

43967

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1411 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MR. ZRAOULI M'HAMED

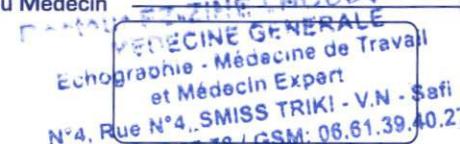
Date de naissance : 1.1.49

Adresse : 5. Rue Amir Abdellah Ville Nouvelle Safi

Tél. : 0661328375 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/08/2020

Nom et prénom du malade : ZRAOULI M'HAMED. Age: 59

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vertiges de Ménière + Vomissement

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 : Safi

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-063803

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél. 01 44 55 22 22 Montant de la Facture
 H. H. H.	29/08/00	524,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>															
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT 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 colspan="2" style="text-align: center;">---</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">---</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	---		---		B	35533411	11433553	G	
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
---		---																	
B	35533411	11433553	G																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>															

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 (الحسين)
الطب العام

بكلية الطب بالرباط

دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونبلييه فرنسا

الخبرة الطبية

تخطيط القلب

ختان الأطفال

طبيب مسؤول بالمستعجلات سابقاً بالمستشفى الإقليمي

بالخمسينات

طبيب سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

لإعطاء الشهادة الطبية للقدرة على السياقة

SAFI, le 29/08/2020 آسف في

ZRAOULI

ALI HAMED

LOT 200901

EXP 03 2023

PPV 28/00 25 00

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V: 21DH80
LOT 190904
06/09/2021
6 118000 061113

LOT :
UT. AV :
P.P.V de 200 ml
29/00 1mg/ml

IXOR 20 mg
LOT: 200123
DUO: 03/2023
87.00DH
ASSEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V: 21DH80
LOT 020191
06/09/2021
6 118000 061113

PPV 11DH30
EXP 04/2022
LOT 020191

الجديدة - آسفى - الهاتف: 05 24 62 07 78 - المحمول: 06 61 39 40 27

Rue N4 - N4 - SMISS TRIKI - Ville Nouvelle - SAFI - Tel: 0

22^{no}
70/88/3 Clo Ma
PPV 22DH30
en IM en cas
de varise

524,20

DOCTEUR M. HOUSSAIE
MEDECINE GENERALE
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

