

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.

Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

N° P19- 063803

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14.11. Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr ZRAOULI M.HAMED

Date de naissance : 1-1-49

Adresse : 5, Rue Amir Abdelkader V. de nouveau S.A.F.

Tél. : 0661328377 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEDECINE GENERALE
Echographie - Médecine de Travail
et Médecin Expert
N°4, Rue N°4, SMISS TRIKI - V.N. - Safi
Tél: 05.24.82.07.78 / GSM: 06.61.39.40.27

Date de consultation : 25/08/2020

Nom et prénom du malade : ZRAOULI M.HAMED Age: 1949

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Retards de M... + ...

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 :

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 Prélèvement des Actes
29/08/2020	1	3	200,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/08/2020	524,00

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS
	H		H																							
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
[Création, remont, adjonction]			Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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 الحسائي
القلب العام

بكلية الطب بالرباط

دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونتبلية فرنسا

الخبرة الطبية

تخطيط القلب

ختان الأطفال

طبيب مسؤول بالمستعجلات سابقاً بالمستشفى الإقليمي

بالخميسات

طبيب سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

لإعطاء الشهادة الطبية للقدرة على السياقة

آسفي، في 29/08/2022، le SAFI

ZRAOULI

SV

Agyax

MEDECINE GÉNÉRALE

Echographie - Médecine de Travail

Rue N°4 SMISS TRIKI - V.M. - SAFI

Tel: 05.24.62.07.78 / 05.24.62.07.78

Blau selin

TSVP

LOT 200901
EXP 03 2023
PPV 25 00

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V.: 21DH80
LOT: 19E004
P.E.H.: 06/2021
6 118000 061113

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

LOT: 200123
DLUD: 03/2023
87,00DH
Deva Pharmaceutiqu

IXOR 20 mg
PPV 118DH50
EXP 04/2022
LOT 02019 1

مدينة - آسفي - الهاتف: 05 24 62 07 78 / المحمول: 06 61 39 40 27

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

22/10

70/22/32 Clopma

PPV 22DH30

en i M / j de vanner

524,20

Dr. ZINE E. HOUSSAINE
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

