

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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 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

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

134339

Déclaration de Maladie : N° S19-0000955

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9269 Société : 12 AM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHSINE AZEDDINE Date de naissance : 29.10.1964

Adresse : H

Tél. : 05 22 91 93 83 Total des frais engagés : 1863,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : EZ

Le : 24.10.2022



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NO LAI N°16 bis Hay Hassaï N°516 bis Hay Hassaï Tél. 0522 914211	19.10.22	1863.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

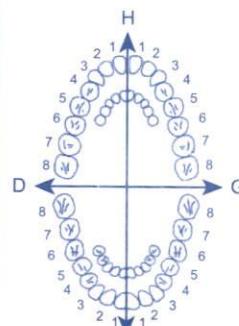
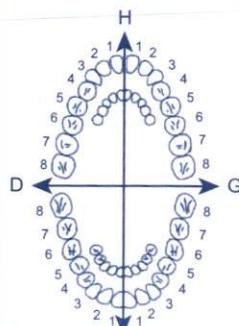
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

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
D	00000000	00000000
D	00000000	00000000
H	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **Moustaphine ATEDDINE**

Matricole : **9269**

N° CIN : **Bk 10701**

Adresse : **CITE DE La COMMUNE URBAINE GROUPE 4 N° 185 Hay HASSAN
Casablanca,**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR Saïa GRALL**

Spécialité : **RG**

N° ICE :

N° INPE : **091069666**

Certifie que Mme, Mme, M. :

Moustaphine Aeddine

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

À vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HHA - Diabète

Dont ci-joint ordonnance :

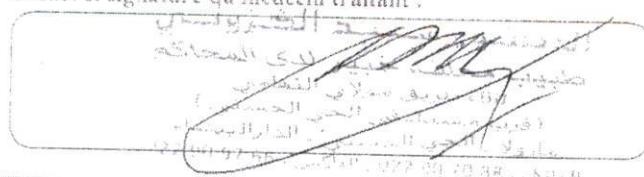
Traitements prescrits :

**Iammet 50/100
Amarel 3.
Corvegyls**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca 29/07/2021**

Cachet et signature du médecin traitant :



* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلق

Dr SAID GZOULI

+ 3700X4

Casablanca, le : 19.07.2022 الدار البيضاء، في :

1 - Fa nivmet 50/2000
174800

1 - 0 - 1 X 6 mois

2 - Prunaset 30ug

9210X3

1 - 0 - 1 X 6 mois

376,30

3 - Covaesyl 30ug

9200X3

1 - 0 - 1 X 6 mois

276,00

4 - Baudelotte Gly

1440X2

54880 Fazol creme 20mg

67500

Kaltest 20 - 5728

711900

- 19/10

7 - vitacef 150ml

60. طفريت مولاي التهامي (قرب مستشفى الحسيني) مازولا. الحسني. الدار البيضاء.

60. Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani) Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél : 05 22.90.70.88 - الهاتف : E-mail : drgzsa@gmail.com

854310

صيدلية هند

Pharmacie HIND

BERRADA Hind

Docteur en Pharmacie



Lotissement Municipal Bloc 11 N°516 Bis
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 022 91 44 57 - Fax : 022 89 77 48

Le. 19.10.22

A Roustahsine

Ar.Dine Doit

Quantité	Produits	Prix Unitaire	Total
3	Amel 3	92.8 =	276.30
3	Jamel 50	43.71 =	131.13
3	louesynd HIND	92.00	276.00
	Pharmacie HIND Lot. Municipal Bloc 11 N°516 Bis Hay Hassani Casa - Tél. 0522 914 457		
			1863.30

FACTURE ARETEE A LA SOMME DE

Sousci de ~~Pharmacie HIND~~ 3000.00

Lot. Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tél. 0522 914 457

Signature

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

00186

00186

00186

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E001V
PER.:02/2025
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E001V
PER.:02/2025
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E001V
PER.:02/2025
6 118000 060017