

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

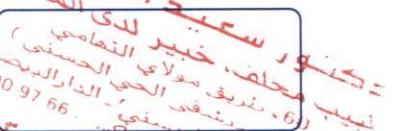
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

A72133

Déclaration de Maladie : N° S19-0000960

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>9969</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>MOUSTAHSINE AZZEDDINE</u>		Date de naissance : <u>29/11/1964</u>	
Adresse : <u>H</u>		Total des frais engagés : <u>2575,30</u> Dhs	
Tél. : <u>0676 87 83 57</u>			
Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : </p> <p>Date de consultation : <u>24/08/2023</u></p> <p>Nom et prénom du malade : <u>MOUSTAHSINE AZZEDDINE</u></p> <p>Lien de parenté : <u>Conjointe</u></p> <p>Nature de la maladie : <u>Diabète</u></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>18 AOUT 2023</u></p> <p>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.</p>			
<p>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.</p> <p>Fait à : <u>CASABLANCA</u> Le : <u>11/08/2023</u></p> <p>Signature de l'adhérent(e) : <u>B3</u></p>			

MUPRAS
ACCUEIL

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
13/08/22	C		200.00	IPNE : 091069666 الدكتور مصطفى حسانى الطبابة رقم ٢٠٢٢ ٩٣٢٩٠٧٠٨٨ ٩٣٢٩٠٧٠٨٨

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Municipale Bida N°516 Bis Hay Hassani Casa Tel.0522 914 451	INPE: 092031483 13/08/22	2345.30

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
		A M	P C	I M	I V	

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
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le:

١٢ / ٠٨ / ٢٠٢٣

الملحق، في

92,15x3

1. Faouel B

437,00 x4

1



2.

Fa. Ameur ٥٥ / ١٠٠

0. l. l



92,00x3

3.

Govecsl son



1. e. o.

Pharmacie HIND
Lot Municipal Block 1
N°516 Bis Hay Hassani
Casablanca - Tél. 0522 914 457

Indemnité d'hébergement

8,0

4. - Kaled 20

237,50

لـدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلف، خبير لدى المحاكم

60، طريق مولاي التهامي

60، طريق مولاي التهامي (شارع مولاي ادريس بن ابي القبّان الاجتماعي) مازولا - الحي العسكري - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thâmi (à côté de la Polyclinique Hay Hassani) Mazoja - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzs@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500

AMAREL 3MG
CP 830
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E003
PER : 11/2025
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP 830
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E003
PER : 11/2025
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP 830
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E003
PER : 11/2025
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP 830
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E003
PER : 11/2025
6 118000 060017

LOT 220196
EXP 09/2024
PPV 75.00DH

92,00 -

92,00 - -

92,00 - -

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.

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