

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 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

198524

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5169

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMRARASS TAIBI

Date de naissance :

1/11/1956

Adresse :

AULAGOURA ATHISALI N°10 C.D. CASA

Tél. : 0603392662

Total des frais engagés : 10140.62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/03/2024

Dr. HASSANAIN ABDELAZIZ
Médecin
Bd Reda Guedira N°214 CD
Casablanca

MUPRAS
11 MARS 2024

Nom et prénom du malade :

HAMRARASS TAIBI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Perficit + Trop. p. t.

ACCUEIL

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Opal

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.

Dr. HASSANAIN ABDELAZIZ
Médecin
Bd Reda Guedira N°214 CD

11 MARS 2024

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 :

CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant du Paiement des Actes
08.05.2011			200 DH	Dr. HASSANAIN ABDENAZIZ Médecin B'da Guedra N° 214 Casablanca S.M. : 06 61 77 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
L.N.P: 92001573	3.2.11	840.60

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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 canalaires, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	D 00000000 00000000 B 00000000 35533411	MONTANTS DES SOINS
	[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 Abdelaziz HASSANAIN

Ex : Médecin de la Gendarmerie Royale

- Diplômé en Diabétologie & en Echographie de l'université de Montpellier
- Diplômé en Maladies des os et des articulations de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Gériatrie de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Dermatologie interventionnelle de l'Hôpital Militaire de Rabat

Casablanca , le

08.03.2024

الدكتور عبد العزيز حسنин

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري والفحوص بالصدى من جامعة مونتيول بفرنسا
- دبلوم أمراض العظام والمفاصل من جامعة بوردو
- دبلوم في علاج الأشخاص المسنين من جامعة بوردو
- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

الدار البيضاء، في

Mr HAMRARASS Taibi

MADOFAR 200/50

1 1/2 X 4 / J 1 MOIS

1 boite

TRIVASTAL LP 50 mg cp enr LP : B/30

2 boites

2 1 le matin et le soir, après le repas, pendant 1 mois.

DOLICOX 60 MG

3 Prendre 1 comprimé par jour, après le repas, pendant 14 jours.

MYDOFLEX 150 MG

4 Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, après le repas, pendant 20 jours.

8790 x 2

840,60

Dr. HASSANAIN ABDELAZIZ

Médecin

Bd Reda Guedira N°214 CD

Casablanca

G.S.M : 06.61.77.02.02

شارع رضى الڭديره (شارع النيل سابقا). رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.55.64.60 - تلفون: 05.22.55.64.60 - GSM: 06.61.77.02.02

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

TRIVASTAL® 50 mg LP

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50,100 comprimés
P.P.V. : 279,00 DH



6 118001 050697

DOLICOX® 60 mg

7 Comprimés pelliculés



6 118000 041924

PPV : 82DH40
PER : 05/26
LOT : M1716-11

DOLICOX® 60 mg

7 Comprimés pelliculés



6 118000 041924

PPV : 82DH40
PER : 05/25
LOT : L1561-3

GTIN : 06118001250850
LOT : 4147
MFG : 04 2023
EXP. : 04 2026
PPV : 87Dhs90



MYDOFLEX® 150 mg

Tolperisone HCl

30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850



TRIVASTAL® 50 mg LP

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

MYDOFLEX® 150 mg

Tolperisone HCl

30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850



GTIN : 06118001250850

LOT : 4147

MFG : 04 2023

EXP. : 04 2026

PPV : 87Dhs90

