

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.

rmacie :

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.

ique :

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

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractères 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- 069270

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5169 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 105475
Nom & Prénom : HAMRABASS TAIBI
Date de naissance : 1956-07-30
Adresse : BD elgemma itisal 2 n°10
Shata casablanca
Tél. : 0603392662 Total des frais engagés : 849,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



ICE:

001651921000091

Date de consultation : 01/02/2022

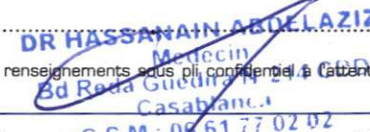
Nom et prénom du malade : HAMRABASS TAIBI Age :

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

Nature de la maladie : DMS + goutte, Goutte

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Paiement des Actes
01.02.22	C		200 DH	DR HASSANAIN ABDELAZIZ Médecin Bd Reda Guedira N 214 CDD Casablanca G.S.M : 06 61 77 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADIDA Bd Reda Guedira N 214 CDD Ben M'sik - Casablanca Tél : 05 22 37 36 79	11/2/2022	649,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

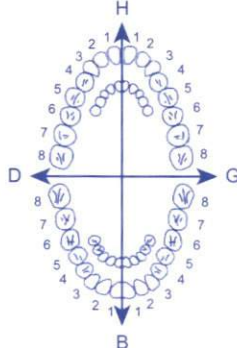
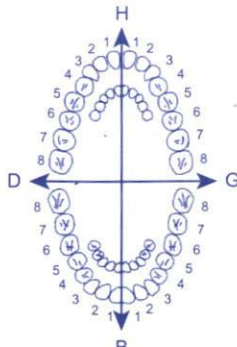
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 d

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

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

Tél : 05.22.55.64.60

GSM : 06.61.77.02.02

الدكتور عبد العزيز حسنين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري و الفحص بالصدى من جامعة مونتبولي بفرنسا

- دبلوم أمراض العظام و المفاصل من جامعة بوردو

- دبلوم في علاج الأشخاص المسنين من جامعة بوردو

- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

الهاتف : 05. 22. 55. 64. 60

المبث : 06. 61. 77. 02. 02

Casablanca , le 01.02.2022 في الدار البيضاء

Mme HAMRARASS Touria

1 DIAMICRON 60 MG

Prendre 1 comprimé par jour, avant le repas, pendant 3 mois.

2 LEVOTHYROX 50

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 3 mois.

3 NOCOL 20

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

4 STAGID 700

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

5 ZYLORIC 100

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

6 MEGAFLOX 500

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 10 jours.

DR HASSANAIN ABDELAZIZ

Medecin

Bd Reda Gueira N° 214 CD

Casablanca

G.S.M. : 06 61 77 02 02

شارع رضی أنكديرة (شارع النيل سابقا) رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 83 DM 041/NTT Remboursable AMO
SOTHEMA BOUSKODJA



6 118000 022268

LOT 211759

EXP 07 2025

PPV 46.70 DH

LOT 211496

EXP 08 2024

PPV 107.60 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

NOCOL® 20 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 071174

LOT 219111

EXP 10/24

PPV 97DH68

Stagid® 700 mg

100 comprimés sécables



6 118000 021292



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

NOCOL® 20 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 071174

PPV 97DH68

EXP 10/24

LOT 219111

Megaflor® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610

74,00

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg

60 comprimés



6 118001 130153

44,70

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg

30 comprimés



6 118001 130160

74,00

Megaflor® 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610