

# 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.

## optique :

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.

## aladie 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 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

N° P19- 069270

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5169**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HAMRARASS TAIBI**

**105475**

Date de naissance : **1956 - 07 - 30**

Adresse : **BD el zemuna itidal 2 N° 10**

**Shata casablanca**

Tél. : **0603392662** Total des frais engagés :

**819,30 Dhs**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



**ICE: 001651921000091**

Date de consultation : **01/02/2022**

Nom et prénom du malade : **HAMRARASS TAIBIA** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : **INID + gente + Gente**

Nature de la maladie : **INID + gente + Gente**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



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 : **1/2/2022**

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 le Paiement des Actes
01/02/22 C			200 DH	DR HASSANAIN ABDELAZZZ Medecin Bd Reda Guedira N 214 CDD Casablanca S.M : 06 61 77 02 02

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADIBA Bou N'sik - Casablanca Tél : 05 22 31 36	21/2/2022	649,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

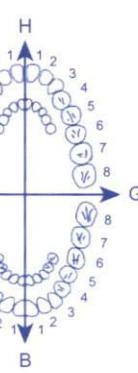
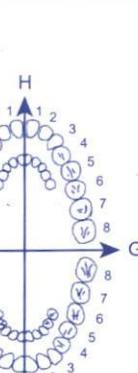
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000	B 35533411	G 00000000	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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

Tél : 05.22.55.64.60

GSM : 06.61.77.02.02

Casablanca, le 01.02.2022

الدكتور عبد العزيز حسنين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري و الفحص بالصدى من جامعة

مونتوبولي 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

الموبايل : 06. 61. 77. 02. 02

الدار البيضاء, في

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 MEGAFLUX 500

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

DR HASSANAIN ABDELAZIZ

Medecin

Bd Reda Guedira N° 214 CB

Casablanca

G.S.M : 06 61 77 02 02

شارع رضى أكديرة (شارع النيل سابق) رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

**ZYLORIC** 100 mg  
Boîte de 100 comprimés  
A.M.M. N° 63 DMF/01/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Remboursable AMO

  
6 118000 022268

LOT 211759  
EXP 07 2025  
PPV 46.70 DH

LOT 211496  
EXP 08 2024  
PPV 107.60 DH

  
6 118001 102013  
Levithyrox® 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 97DH90

LOT 219111  
EXP 10/24  
PPV 97DH60

Stagid® 700 mg  
100 comprimés sécables

  
6 118000 021292

  
6 118001 102013  
Levithyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

**NOCOL**® 20 mg  
30 comprimés pelliculés

  
6 118000 071174

**Megaflox**® 500 mg  
10 Comprimés pelliculés

  
6 118000 070610

74,00

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON**® 60 mg  
60 comprimés

  
6 118001 130153

44,70

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON**® 60 mg  
30 comprimés

  
6 118001 130160

74,00

**Megaflox**® 500 mg  
10 Comprimés pelliculés

  
6 118000 070610