

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5189 Société : RAM 152271

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMRARASS TAIBI

Date de naissance : 1956

Adresse : A.V. LA GUIRIA N°10 C.D. CASA

Tél. : 0910714538 Total des frais engagés : 824.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

JR HASSANAIN ABDELAZIZ
Medecin Generaliste
Bd Reda Guedira N°214 CD
Casablanca
C.S.M : 06 61 77 02 02

Date de consultation : 06/03/2023

Nom et prénom du malade : HAMRARASS TOURIA Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : S.N.D

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

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 Le : 06/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : J.L.



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
06.03.23	C	2000H		 SANAHN ABDELLAH Médecin Généraliste N° 214 C Blanca 17 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMAIK 121, Rue des Grives Casablanca 05 22 31 39 36	6.13.12.023	621.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 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 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		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

Tél : 05.22.55.64.60

GSM : 06.61.77.02.02

Casablanca , le 06.03.2023

66.70
78.70

Mme HAMRARASS Touria

1 DIAMICRON 60 MG

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

13.60 x 3

2 LEVOTHYROX 50

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

97.60 x 3

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.

6.80 x 2

6 LEVOTHYROX 25

Prendre 1/2 comprimé le matin, avant le repas, pendant 3 mois.

87.30

7 DERMOFIX CREME

Faire 1 application le soir.

66.80

8 FLAMMAZINE CREME

1 le matin et le soir.

626.10

RDV : 06.06.2023

الدكتور عبد العزيز حسنين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري و الفحص بالصدى من جامعة

مونتيولى 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

المتنقل : 06.61.77.02.02

الدار البيضاء, في

PHARMACIE ADIBA
181, Bd Reda Cucqira N° 214 CD
Boulevard Reda Cucqira - Casablanca
Téléphone : 32 37 39 36

DR HASSANAIN ABDELAZIZ

Medecin

Bd Reda Cucqira N° 214 CD

Casablanca

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

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

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

30 comprimés



6 118001 130160

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



6 118001 130153

Dermofix® crème

Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240259

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



LOT / BATCH: 18141
FAB & MFR: 08-2022
EXP: 07-2025

50 g e

PPV: 66,80 DH

NOCOL® 20 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 071174

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

LOT 224801
EXP 11/2025
PPV 07/09/2020
97,60

NOCOL® 20 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 071174

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

LOT 224801
EXP 11/2025
PPV 07/09/2020
97,60

NOCOL® 20 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 071174

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

LOT 224801
EXP 11/2025
PPV 07/09/2020
97,60