

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

- 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

Λ 83697

Déclaration de Maladie : N° S19-0000964

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 92169

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHSINE AZEDDINE

Date de naissance : 29/10/1964

Adresse : H

Tél. : 06.76.87.83.57
0522.91.23.83

Total des frais engagés : 1955,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 22/11/2013

Le : 22/11/2013

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Pharmacie HIND
11 Municipal Bloc 11
51620 Hay Hassani
Casa - Tél.: 0522 914 457

Date

Montant de la Facture

11.11.23

1955,47

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

	AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

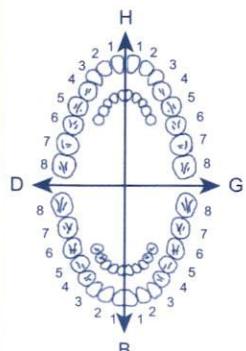
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

دكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلق
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le:

11/08/2023

اللله يصلكم في

92.10x3

1. Faouel

437.00 x4

1 - طبيب محلق، خبير لدى المحاكم



2.

Faouel 50/1000
0.1-1



92.00x3

3. Corseal son
N°



Pharmacie HIND
Lot. Municipal Block 1
N°5116 Bis Hay Hassani
Casablanca Tel: 0522 914 457

Traduction d'une au

4. Kalesf 20

2345/19/

دكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلق، خبير لدى المحاكم

60، طريق مولاي التershiti (الجبل الصناعي) مازولا - الحي العسكري - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani) Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF: 51469500

Pharmacie Hind

FACTURE

516Bis Bloc11 Lot Municipal Hay Hassani
Casablanca
Téléphone : 0522914457
INPE : 092031483
ICE : 000500108000066

FACTURE :

DATE :

11.11.23

À:

Rensah Sire
A 2 eshipharmacie HIND
Lot. Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tel: 0522 914 457

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX PUBLIC	TOTAL
3	Coveryl 5	92,0	286,0
4	A mect 4	92.10	368.40
3	Jomect 10/100	437,00	1311,00
	Distribué par MSD MAROC. AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ. P.P.V: 437,00 DH.		
	AMAREL 3MG CP 830 P.P.V : 92DH10 6 118000 060017	0	
	Distribué par MSD MAROC. AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ. P.P.V: 437,00 DH.		
	AMAREL 3MG CP 830 P.P.V : 92DH10 6 118000 060017	0	
	Distribué par MSD MAROC. AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ. P.P.V: 437,00 DH.		
	AMAREL 3MG CP 830 P.P.V : 92DH10 6 118000 060017	0	
	92,10		
	92,10		
	92,10		
		TOTAL	1955,40

Nous vous remercions de votre confiance.

Pharmacie HIND
Lot. Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tel: 0522 914 457

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom :

MOUSTAHSINE Azzeddine

Matricule :**N° CIN :****Adresse :****Bénéficiaire de soins :** Adhérent Conjoint Enfant
Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr Said Goulli Spécialité : Endocrinien

N° ICE : 51469500

N° INPE :

IPNE : 091069666

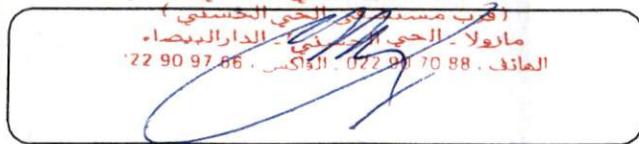
Certifie que Mlle, Mme, M. : MOUSTAHSINE Azzeddine

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

Diabète et HTA

Dont ci-joint ordonnance :**Traitement prescrit :**Tramadol - Faconne 50/100C
de Convacyl 500**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**Fait à : 08/05/2023
طبيب محامٍ مُخبير لدى المحاكم

Cachet et signature du médecin traitant :

(أنت مسؤولة عن الحفظ الحسبي)
ماروكلا - الحسيمة - الدار البيضاء
العنوان: 022 90 97 88 - 022 90 70 88

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées