

## 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 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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0000965

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9269 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Moustahsine Azzidine Date de naissance : 29/10/1964

Adresse : H

Tél : 0676878357 Total des frais engagés : 2180,40 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 : Casablanca Le : 21 / 02 / 2014

Signature de l'adhérent(e) :

### 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



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11.02.25

2180,40

### 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

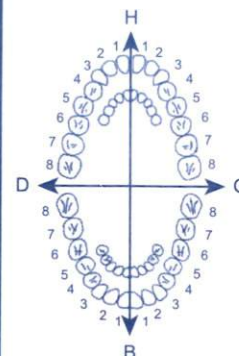
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### 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

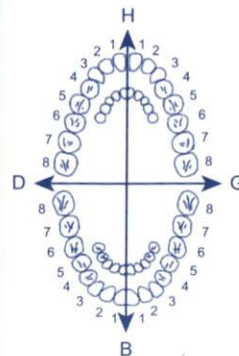
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



[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 الغزولي

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le

11/08/2023 في الدار البيضاء

92.10x3

Fumarol 3

437.00 x 4

2. Fumarol 50/1000  
0.1-1

92.00x3

3. Corvusyl 500  
1.0.0

Indication d'un an  
K.O

4. Kalest 20

2375

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



Pharmacie Hind

# FACTURE

INPE:

516Bis Bloc 11 Lot Municipal Hay Hassani

Casablanca

Téléphone : 0522914457

INPE : 092031483

ICE : 000500108000066

FACTURE :

DATE :

11.02.24

À: Moustekine AZEDINE

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX PUBLIC	TOTAL
03	Jamouh	437,00	1311,00
04	Amarel 3	92,10	368,40
03	Conesyl 5	92,00	276,00
03	Kalost	75,00	225,00
AMAREL 3MG CP B30 P.P.V : 92DH10 LOT : 22603 PER : 11/2025 118000 060017			
AMAREL 3MG CP B30 P.P.V : 92DH10 LOT : 22603 PER : 11/2025 118000 060017			
AMAREL 3MG CP B30 P.P.V : 92DH10 LOT : 22603 PER : 11/2025 118000 060017			
		TOTAL	2180,40

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

Donnée avec quatre chiffres décimaux

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

is remercions de votre confiance.

LOT 220653  
EXP 11/2024  
PPV 75.00DH

LOT 220654  
EXP 11/2024  
PPV 75.00DH

LOT 230643  
EXP 09/2025  
PPV 75.00DH

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

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : **TROUSTAH SINE AZEDDINE**

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr Saïd GZOU** Spécialité : **Médecine Générale**

N° ICE : **51469500** N° INPE : **IPNE : 091069666**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **TROUSTAH SINE AZEDDINE**

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 :

**Diabétique et HTA**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Amelz - Facumet 50/1000  
De Covacyl stuc**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **الربيع الغزولي 05/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

(د. سعيد غزولي - 60 سنة)  
مايو - الحبي الحسني - الدار البيضاء  
الهاتف : 022 90 70 88 - الفاكس : 022 90 97 66