

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.

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

Ag5801
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 : MAUSTAHSINE AZZEDINE

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

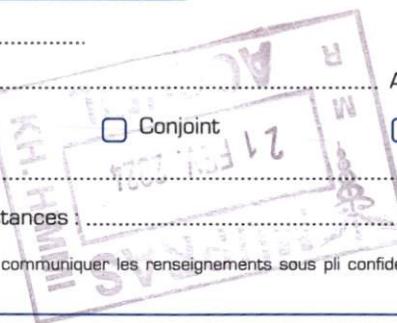
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 21/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : AB



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	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie HASSO</i> N°518 Bis - 122011 Hasso - Tél: 0522 814 45	11.02.2015	218047

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	

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
				<input type="text"/>
		</		

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

دكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلق
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le:

11/08/2023

الالالبيضا، في

92.10x3

1. Faurel 3

437.00 x 4

1

S.V

2. Faurel 50/1000

0.1-1

5

92.00x3

3. Corseuil 100

S.V

1.0.0.

Pharmacie HIND
1 lot. Municipal Blo 1
N°5116 Bis Hay Hassani
Casablanca
Tél: 0522 914 457

4. Kalesf 20

2375.00x2

دكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلق خبير لدى المحاكم

60، طريق شهوان التئشاني (طريق مصطفى الصنان الاجتماعي) مازولا - الحي العسكري - الدار البيضاء - Casablanca - Mazola - Hay Hassani - Casablar
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani) Mazola - Hay Hassani - Casablar
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: 05 22.90.70.88 - E-mail : drgza@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500

Pharmacie Hind

INPE:

516Bis Bloc 11 Lot Municipal Hay Hassani
Casablanca
Téléphone : 0522914457
INPE : 092031483
ICE : 000500108000066

FACTURE

FACTURE :

DATE :

11.02.24

À : Moustahsine AZEDINE

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX PUBLIC	TOTAL
03	Jamex	437,00	1311,00
04	Amarel 3	92,10	368,40
03	Conisyl 5	92,00	276,00
03	Kalost	25,00	75,00
01	AMAREL 3MG LOT : 22E003 PER : 11/2025	92,00	92,00
01	AMAREL 3MG LOT : 22E003 PER : 11/2025	92,00	92,00
01	AMAREL 3MG LOT : 22E003 PER : 11/2025	92,00	92,00
			TOTAL 2180,40

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.

Nous vous remercions de votre confiance.

AMAREL 3MG
LOT : 22E003
PER : 11/2025

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 :

ROUSTAHSINE AZZEDDINE

Matricule :
N° CIN :
Adresse :
Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne : Dr Said Goulli **Spécialité :** Endocrinologue

N° ICE : 514 69 500

N° INPE : IPNE : 091069666

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ROUSTAHSINE 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 :

 Tabacels 750 mg 50/1000
 de Covacyle stuc

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : 10/05/2023
 طبيب مختص مخبر لدى المحاكم

Cachet et signature du médecin traitant :

 (أطبب مختص لدى المحكمة الجنائية)
 مارغولـاـ الحـيـ الـجـنـائـيـ الدـارـالـبيـضاـءـ
 022 90 70 88 - 022 90 97 66

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