

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 0005169

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMRARASS

TAIBI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 57 62 72

Total des frais engagés : 675,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR HASSANAIN ABDELAZIZ
Medecin
Bd Reda Guedira N° 214 CD
Casablanca
G.S.M : 06 61 77 02 02

Date de consultation : 24 / 02 / 2024

Nom et prénom du malade : HAMRARASS TOURIA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DNID + Crise + Douleur DR HASSANAIN ABDELAZIZ Medecin Bd Reda Guedira N° 214 CD Casablanca G.S.M : 06 61 77 02 02

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 : Co Sg

Signature de l'adhérent(e) :



M 26 FEV. 2024

R ACCUEIL

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
24.2.24/SC 9.1074518			9.000 DH	DR HASSANAIN AB Medecin 214 CD Bd Reda Guedira Casablanca G.S.M : 06 61 70 02 02 091074518

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MARMAGIE ADIBA 181, Bd. Reda Gdira en Msik Casablanca Tél: 05 22 37 39 36 N.P: 92001577	24.2.24	175 20

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>
				<input type="text"/> </td

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

الدكتور عبد العزيز حسنин

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري والفحص بالصدى من جامعة مونبليي بفرنسا
- دبلوم أمراض العظام والفاصل من جامعة بوردو
- دبلوم في علاج الأشخاص المسنين من جامعة بوردو
- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

Casablanca , le 24.02.2024

الدار البيضاء، في

Mme HAMRARASS Touria

DIAMICRON 60 MG

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

LEVOTHYROX 50

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

STAGID 700

3 Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

LEVOTHYROX 25

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

NOCOL 20

5 Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

ZYLORIC 100

6 Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

NEOFORTAN CP 160

7 Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas.

DR HASSANAIN ABDELAZIZ
Medecin
Bd Reda Guedira N° 214 CD
Casablanca
G.S.M : 06 61 77 02 02

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

الهاتف : 05.22.55.64.60 - الجوال : Tél : GSM : 06.61.77.02.02

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

NOCOL® 20 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 071174

97,60

ZYLORIC 100 mg
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP21/NFC
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO

6 118000 022268

LOT 235493
EXP 11 2027
PPV 43,70 DH

NOCOL® 20 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 071174

97,60

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

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

7862160336

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

7862160336

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

7862160336

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés

6 118001 30153

78,70

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables

6 118000 02292

LOT 1870
EXP 05 2026
PPV 107.60

7862160335