

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 040803

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 5169 Société : Ag 6551
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMRARASS TAIBI
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 05 22 57 62 72 Total des frais engagés : 671,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR HASSAN ABDELAZIZ
 Medecin
 Bd Reda Guedira N° 214 CD
 Casablanca
 G.S.M : 06 61 77 02 02
 Cachet du médecin :
 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 + Goutte + Douleur
 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 : 26 / 02 / 2024

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



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : 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.

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
24.2.2004			2000	DR HASSAN ABDELAZIZ Médecin Bd Reda Guedira N° 214 CD Casablanca G.S.M : 06 61 70 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADIBA 181, Bd Reda Guedira en M'sik - Casablanca Tél : 05 22 37 39 36 N.P: 92001577	24.2.2004	475,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

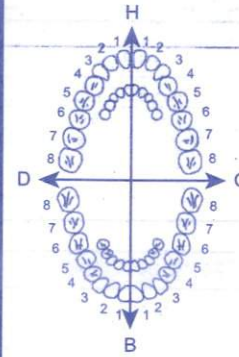
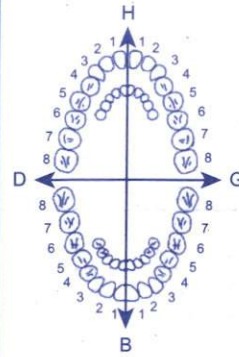
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				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

الدكتور عبد العزيز حسنين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري والفحص بالصدى من جامعة مونتبولى بفرنسا
- دبلوم أمراض العظام والمفاصل 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 الكديرة (شارع النيل سابقا). رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.55.64.60 - Tél : الجوال: GSM: 06.61.77.02.02

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

97,60

NOCOL® 20 mg ○
30 comprimés pelliculés

6 118000 071174

97,60

NOCOL® 20 mg ○
30 comprimés pelliculés

6 118000 071174

ZYLORIC 100 mg ○
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP/21/N/C Remboursable AMO
SOTHEMA BOUSKOURA

6 118000 022268

LOT 230493
EXP 11 2027
PPV 43.70 DH

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® 60mg ○
60 comprimés

6 118001 330153

78,70

Stagid® 700 mg ○
100 comprimés sécables

6 118000 021292

LOT 11870
EXP 05 2026
PPV 107.60