

## 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-420811

9751

ND: 31045

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A-9751 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : QUADRY A22

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Youssef HANANE

Cachet du médecin : Omnipraticien - Echographiste  
Dar Touzani Bd. 06 Novembre N° 762  
1er Etage Appt 1 - Casablanca  
Tél : 0522 37 46 08

Date de consultation : 14/05/2020

Nom et prénom du malade : QUADRY A22 Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + bouffée des m...

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
11/05/2020	G1	1	15000	Dr. Youssef HANANE

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

11/05/2020

Dr. Youssef HANANE  
Manipulateur - Echographe N° 762  
Dar Touda, Bd. 06 Novembre 1 - Casablanca  
1er Etage App. 1  
Tél: 0529 37 46 08

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

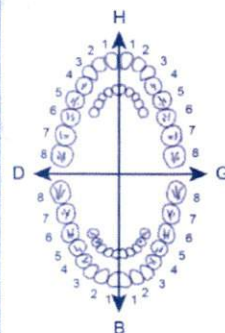
IM

IV

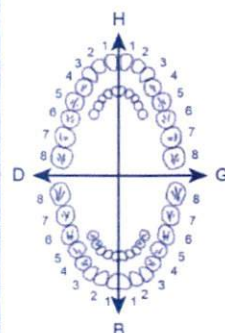
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DOCTEUR YOUSSEF HANANE

OMNIPRATICIEN

الدكتور يوسف حنان

الطب العام

- EX. MEDECIN À L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE
- DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'ECHOGRAPHIE
- DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE DIABETOLOGIE
- DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE NUTRITION
- ELECTRO - CARDIOGRAMME
- MEDECINE D'URGENCE
- MESOTHERAPIE
- DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'EXPERTISE MEDICALE
- ET REPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL
- MEDECIN AGRÉÉ PAR LE MINISTRE DE LA SANTÉ POUR
- LA DÉLIVRANCE DE CERTIFICATS MÉDICAUX DU PERMIS DE CONDUIRE



- طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا
- دبلوم جامعي للفحص بالصدى
- دبلوم جامعي لداء السكري
- دبلوم جامعي للتغذية
- الفحص بالتخطيط الكهربائي للقلب
- طب المستعجلات
- الطب التماثلي (ميزوتربيا)
- حائز على شهادة جامعية للخبرة الطبية والتعويض القانوني عن الضرر الجسدي
- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة لتسليم الشواهد الطبية لرخص السياقة

## ORDONNANCE

Casablanca le : 11 / 05 / 2020 - الدار البيضاء في :

Nom, Prénom : GUADRY AZIZ

Age : 29 ans 100 x 70 Poids : 75 kg

1- COXARAM - 10 mg / 10 mg  
1 cp / jour x 03 mois

2- DAFLOX 250 mg  
1 cp / jour x 03 mois

Docteur Youssef HANANE  
Omnipraticien - Echographiste  
Dar Touzani, Bd. 06 Novembre N° 762  
1er Etage Appt 1 - Casablanca  
Tél : 0522 37 48 08



118001 130108



30 comprimés

**COVERAM**  
10mg/10mg  
Périndopril arginine / amlodipine

118001 130108



30 comprimés

**COVERAM**  
10mg/10mg  
Périndopril arginine / amlodipine

9 118001 130108



30 comprimés

**COVERAM**  
10mg/10mg  
Périndopril arginine / amlodipine

29,46€

29,46€

29,46€

**COVERAM**

10 mg/ 10

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

**COVERAM**

10 mg/ 10

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

**COVERAM**

10 mg/ 10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

comprimés

comprimés

comprimés



30 comprimés pelliculés

**dafion® 500 mg**

Les Laboratoires Servier - France  
**SERVIER MAROC**  
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca



30 قرصا مغلفا

دافون 500<sup>®</sup> ملج

122,70



30 comprimés pelliculés

**dafion® 500 mg**

Les Laboratoires Servier - France  
**SERVIER MAROC**  
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca



30 قرصا مغلفا

دافون 500<sup>®</sup> ملج

122,70



30 comprimés pelliculés

**daflon<sup>®</sup> 500 mg**

Les Laboratoires Servier - France  
**SERVIER MAROC**  
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca



30 قرصا ملينسا

دافلون<sup>®</sup> 500 ملج

122,70