

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

- 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.

N° W19-420811

ND: 31045

9751

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A - C1751 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : QUA DRY A 212

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 120 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Youssef HANANE
Omnipraticien - Echographiste
Dar Touzani Bd. 06 Novembre N° 762
.: 1er Etage Appt 1 - Casablanca
Tél : 0522 37 46 08

Date de consultation : 11/05/2020

Nom et prénom du malade : QUA DRY A 212 Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + boudem des mts

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1 / 1

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
11/05/2020	G (B)	15000	200	INPE: 091200002 Dr. MOUSSSEF HAVANE Omnipaticien - Echographiste Dai Toubani Bd 06 Novembre N° 162 1er Etage Appart 1 Casablanca Tél: 0522 37 46 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Omnipaticien - Echographiste Dai Toubani Bd 06 Novembre N° 162 1er Etage Appart 1 Casablanca Tél: 0522 37 46 08
11/05/2020		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

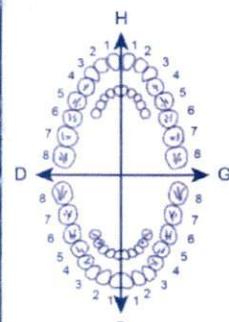
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

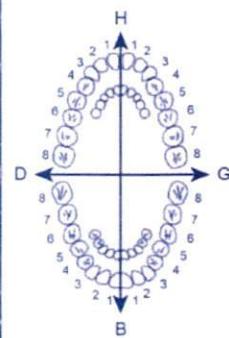
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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 L'EXECUTION

DOCTEUR YOUSSEF HANANE

OMNIPRATICIEN

الدكتور يوسف حنان

الطب العام

- EX. MEDECIN À L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE

- DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'ECOGRAPHIE

- 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 AGREE PAR LE MINISTRE DE LA SANTE POUR

LA DELIVRANCE DE CERTIFICATS MEDICAUX DU PERMIS DE CONDUIRE



- طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا

- دبلوم جامعي للفحص بالصدى

- دبلوم جامعي لداء السكري

- دبلوم جامعي للتنفسية

- الفحص بالتحفيط الكهربائي للقلب

- طب المستعجلات

- الطب التماشى (ميزوتريا)

- حائز على شهادة جامعية للخبرة الطبية والمعويض

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 x 3 Poids :

1. COVERAM. 10 mg / 10 mg
1 esp/jour x 3 mois

2. DAFLON 250 mg / 250 mg
1 esp/jour x 3 mois

3. AINSI 10 mg / 10 mg
1 esp/jour x 3 mois



Docteur Youssef HANANE
Omnipraticien - Echographiste
Dar Touzani Bd 6 Novembre N° 762
1er Etage Appt 1 - Casablanca
Tel : 0522 37 46 08

18001 130108



30 commandes

OVERAM 10mg/10mg
enidopril arginine / amloidipine

2914700

COVERA

10 mg/10

comprimés

Périndopril arginine / amlo

801031 10081



30 Companies

VEHARM 10mg/10mg

294,00

COVERA

10 mg/10

comprimés

Périndopril arginine / amlod

6 118001 130108



30 comprimés

CUVERA M 10mg/10ml
Penindopril arginine / Almidipine

- 294,00

14

6



30 comprimés pelliculés

dafloin® 500 mg



Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
B.P. 11000
SERVIER MAROC
LES Laboratoires Servier - France



لطفاً لطفاً ٣٠

500 mg ®

1 2 3 4 5

122,70

246400030-04

6



30 comprimés pelliculés

dafloin® 500 mg



Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
B.P. 11000
SERVIER MAROC
LES Laboratoires Servier - France



لطفاً لا تؤخذ 30

500 mg ®

1 2 3 4 5

122,70

246400030-04

6



30 comprimés pelliculés

dafloin® 500 mg



Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
B.P. 11000
SERVIER MAROC
LES Laboratoires Servier - France



لطفاً لا تؤخذ 30

500 mg ®

1 2 3 4 5

122,70

246400030-04