

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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-420807

9751

ND: 31059

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9451	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : QUADRI A 212			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	2253 2253 2253	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 Tel : 0522 37 48 08			
Date de consultation :	10/10/2022	Age :	
Nom et prénom du malade :		Quasri A 222	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA + lourdeur artérielle			
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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/01/2005	

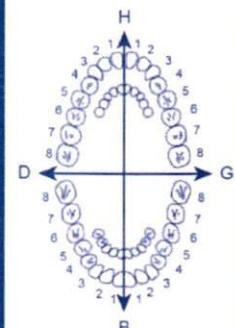
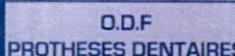
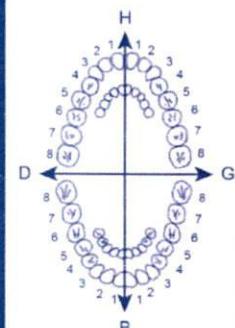
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

		DES TRAVAUX	
		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
		DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
		FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
		$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & \hline & 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

DOCTEUR YOUSSEF HANANE

OMNIPRATICIEN

الدكتور يوسف حنات

الطب العام



- EX MEDECIN A L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE

* DIPLOME UNIVERSITAIRE D'ECOGRAPHE

- DIPLOME UNIVERSITAIRE DE DIABETOLOGIE

- DIPLOME UNIVERSITAIRE DE NUTRITION

- ELECTRO- CARDIOGRAMME

- MEDECINE D'URGENCE

- MESOTHERAPIE

- DIPLOME UNIVERSITAIRE D'EXPERTISE MEDICALE

ET REPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL

- MEDECIN AGRÉ 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 للتفخيمية

- الفحص بالتحفيط الكهربائي للقلب

- طب المستعجلات

- الطب التماشى (ميوزتربيا)

- حائز على شهادة جامعية للخبرة الطبية والتعويض

القانوني عن الغرر الجسدي

- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة لتسليم

الشواهد الطبية لرخص السياقة

ORDONNANCE

Casablanca le :

10 / 02 / 2020

الدار البيضاء في :

Nom, Prénom :

QUADRY A252.

Age : 29 K. 20 X3

Poids :

1^e COVERAN . 10 ug / 10 ug .

1 cpl/jour x 03 mois



2^e DAFLON

500 mg

1 cpl/jour x 03 mois

282.55



Docteur Youssef HANANE
Omnipraticien - Echographiste

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

[Signature]

دار التوزاني شارع 6 نونبر رقم 762 الطابق الأول رقم 1 - البيضاء - الهاتف : 05 22 37 46 08 - المحمول : 06 61 10 55 40

Dar Touzani, Bd 6 Novembre N° 762, 1er Etage N°1 - Casablanca - Tél : 05 22 37 46 08 - GSM : 06 61 10 55 40

Email : Docteur.youssef27@gmail.com

