

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 canaux, 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 canaux.

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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-420807

ND: 31058

9751

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9451 Société : A212

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ouadry A212

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 10/02/2020

Nom et prénom du malade : Ouadry A212 Age :

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

Nature de la maladie : HTA + traitement aux MCI

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
10/02/08	G	1		INPE: 091206862

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/08	882,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

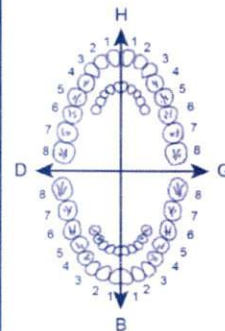
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

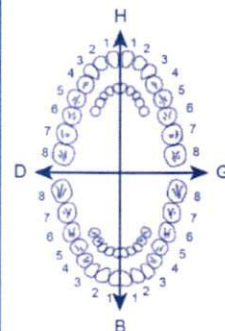
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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



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

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 A L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE

- DIPLOME UNIVERSITAIRE D'ECHOGRAPHIE

- 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 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 للتغذية

- الفحص بالتخطيط الكهربائي للقلب

- طب المستعجلات

- الطب التماثلي (ميزوتريا)

- 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 : 10 / 02 / 2024 : الدار البيضاء في :

Nom, Prénom : GUADRY A252

Age : 29 ans x3 Poids :

1^{re} COVERAM . 10 up / 10 up . 7/5

1 cpl / jour x 03 mois

2^o DAFLOX 500 up

1 cpl / jour x 03 mois

282,00



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

COVERAM®

10 mg/10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine



COVERAM® 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés

294,00

Fabr... Industries Ltd
Gorey... Wicklow - Ireland
Condition... MAROC
Site de prod...

COVERAM® 10mg/10mg

Périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130108

COVERAM®

10 mg/10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

comprimés



30 comprimés

COVERAM® 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine

294,00
حبرام

حبات 10 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنتين / املوديبين

10 10

30 حبة

SERVIER