

# 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0033562

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

MUPRAS  
RECEPTION 9

84816

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1193 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Jelloul Maati  
Date de naissance : 1947  
Adresse : Village Daroua N° 3 - R -  
Tél : 0655868155 Total des frais engagés : 150 + 257 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Youssef JEANANE  
Omnipraticien - Echographiste  
Dar Touzani Bd. 06 Novembre N° 962  
1er Etage Appt 1 - Casablanca  
07 SEP 2021  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : JELLLOUL MAATI Age : 72 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète type 2  
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 : Daroua Le : 16/9/21  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-033562

MUPRAS  
RECEPTION 9

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1193  
Nom de l'adhérent(e) : Jelloul  
Total des frais engagés : 150 + 257  
Date de dépôt : 16/9/21



# 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
			159,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

# 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	

VOLET ADHERENT

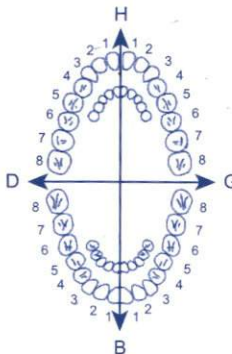
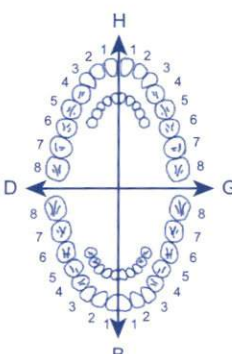
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 DIABETOLOGIE
- DIPLÔME UNIVERSITAIRE EN NUTRITION
- ELECTRO - CARDIOGRAMME
- MEDECINE D'URGENCE
- MESOTHERAPIE
- DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'EXPERTISE MEDICALE ET REPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL
- MEDECIN AGRÉÉ PAR LE MINISTÈRE 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 الثمالي (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 : 07 SEP 2021 : الدار البيضاء في :

Nom, Prénom : JELLEN MAATI

Age : Poids :

38,00 kg FABALOX 60 mg  
avant le petit  
dejeuner x 03 mois

NETFORMINE WII 850 mg  
1 après les  
repas.

PHARMACIE OULHAKEM  
Dr. OULHAKEM MAJARI  
Bloc P. N° 5 Bis Deroua  
Tél : 05.22.03.43.72

Docteur Youssef HANANE  
Omnipraticien - Echographiste  
Dar Touzani Bd. 06 Novembre N° 762  
1er Etage App. 1 - Casablanca  
Tél : 05.22.37.46.08

38,00

38,00

38,00

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90