

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.

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° W21-774629
AS64FB

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 03148	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Fallah Brahim			
Date de naissance : 21/11/1949			
Adresse : 18 Rue clarkie Ananane Harry Esda Casab			
Tél. : 0668 24 5007		Total des frais engagés : 427,40 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
Docteur Youssef HANANE Omnipraticien - Echographiste - Urgentiste Dar Touzani Bd. 06 Novembre N°762 1er Etage Appt 1 - Casablanca			
Cachet du médecin :	Tél : 0522 37 46 08 / GSM: 0661 10 55 40 72 FEB. 2023		
Date de consultation :	Nom et prénom du malade : FALLAH BRAHIM Age: 73 ans		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	Bronchite aigüe et abcès 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.			
06 AVR. 2023			

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 Casablanca le 06 AVR. 2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
22 FEV 2013	G (01)	159.00		INPE:091206862 Docteur Youssef HANANE Chirurgien - Echographiste - Urgentiste 01-06 Novembre 1762

EXECUTION DES ORDONNANCES

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				OD.F PROTHESES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>																				

DOCTEUR YOUSSEF HANANE

OMNIPRATICIEN

الدكتور يوسف حنان

للب العام

- EX. MEDECIN À L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE
- DIPLOME UNIVERSITAIRE D'ECOGRAPHE
- 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 AGREE PAR LE MINISTERE DE LA SANTE POUR LA DELIVRANCE DE CERTIFICATS MEDICAUX DU PERMIS DE CONDUIRE



- طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا
- دبلوم جامعي للفحص بالصدري

- دبلوم جامعي للسكري
- الفحص بالخطيط الكهربائي للقلب

- طب المستعجلات
- الطب التثعالي (ميوزوتريا)

- حائز على شهادة جامعية لخبرة الطبية والتعويض
القانوني عنضر الجسدي

- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة لتسليم
الشوادر الطبية لرخص السياقة

ORDONNANCE

Casablanca le : 22 FEV. 2023 الداوا البيضاء في :

Nom, Prénom : FALLAH BRAHIM

Age : Poids :

P.P.V: 116DH00
PER: 01-24
LOT: J3618

1^o SAPPHIR - 1g
nb, 00 1 sachet x 27 Jan x 28 Jan

2^o PREDN - 03 2g/1g
nb, 00 1 sachet x 27 Jan x 28 Jan
disperable
de jour

3^o Doer - VOX. 100g
nb, 00 1 sachet x 31 Jan

4^o Rendomycin S.V
92,00x2 1 sachet x 27 Jan

5^o AMAREZ .03
100g
1 sachet x 27 Jan

LOT: 220947
BLUD: 12/2025
49,00DH

د. ٢٢٠٩٤٧
١٢/٢٠٢٥
٤٩,٠٠DH

2970

AMAREZ 3MG
CP 830
P.P.V: 92DH10

AMAREZ 3MG
CP 830
P.P.V: 92DH10

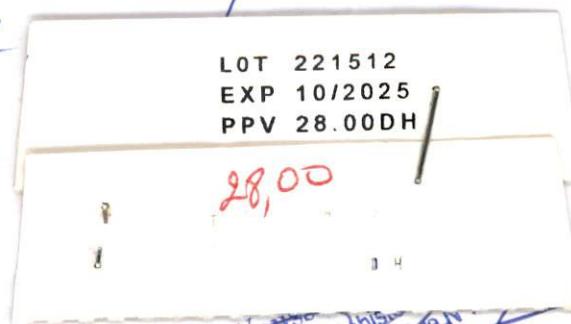
دار
540

6e- Glucophage 1000 mg

1 → → après le
npas x03 mois.

28,00DH

427,70



~~Docteur Youssouf
Oncopatien - Echographie
Dar Bouazza Bd. 06 Novembre
1er Etage, Apt 1 - Casablanca
Tél : 0522 37 46 08 / GSM: 0661 10 55 40~~

PHARMACIE AL WOURoud
67 Rue des Rés. A Coré de
Másjid André 4r. Beausejour
Tél: 0522 36 80 30. Casablanca
Patente: 34808192