

**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° W21-774629

AS6413

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *02548* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *Fallah Buh*

Date de naissance : *21/11/1949*

Adresse : *18 Rue ilékouk Amrane Hay Essaj*
Casa

Tél. : *0668 245007* Total des frais engagés : *427,40* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur **Youssef HANANE**

Cachet du médecin : *Omnipraticien - Echographiste - Urgentiste*
Dar Touzani Bd. 06 Novembre N°762
1er Etage Appt 1 - Casablanca
Tél : 0522 37 46 08 / GSM: 0661 10 55 40

Date de consultation : *22 FEV 2023*

Nom et prénom du malade : *FALLAH BRAHIM* Age: *73 ans*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Bronchite aiguë et diabète 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.

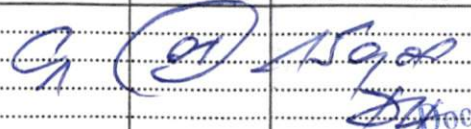
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 *Casa* Le : *22/02/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
22 FEV 2023	G	1	427,70	 INPE:091206862 Docteur Youssef HANANE Ombrière - Echographiste - Urgentiste Dar Mouzani Bd. 06 Novembre N°762 Elage Appt 1 - Casablanca Tel: 0522 37 46 08 / GSM:0661 10 55 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Al Monroudou Rue des Roses A. Coledj 10000 - Casablanca Tel: 0522 36 84 50 - GSM: 0920093111 Patente: 3487817	22/2/23	427,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

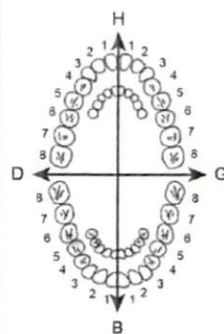
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

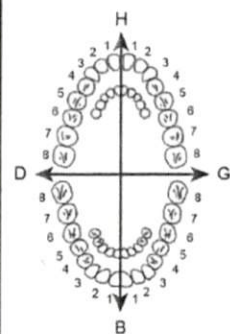
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
					
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					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

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D		B	
00000000	00000000	00000000	11433553
35533411	11433553		



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

				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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR YOUSSEF HANANE

OMNIPRATICIEN

الدكتور يوسف حنان

لب العام

- EX. MEDECIN À L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE
- DIPLOME UNIVERSITAIRE D'ECHOGRAPHIE
- DIPLOME UNIVERSITAIRE DIABETOLOGIE
- DIPLOME UNIVERSITAIRE EN NUTRITION
- ELECTRO - CARDIOGRAMME
- MEDECINE D'URGENCE
- MESOTHERAPIE
- DIPLOME 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 لفحص بالصدى
- دبلوم جامعي لخداء 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 : 22.FEV.2023 : الداء/البضاء في :

Nom, Prénom : FALLAH BRAHIM

Age : Poids :

1° SAPHIR - 1

116,00

3 sachets x 2 jour x 28 jours

2° PREDNI

69,00

03 sachets x 23 jours dispersibles

3° Doer - vox

2270

1 cas x 3 / jour

4° RENOMITRAN S.V

92,00

2 sachets x 2 / jour

5° AMAREL . 03

1 ep / jour

PV: 116DH00
PER: 01-24
LOT: J3618

PHARMACIE ELWABROND
67 Rue des Palmiers A Gatede
Najid Amal, Beauséjour
Casablanca
Tél: 52236884, 308197
Pat: 3118197

LOT: 220947
DLUD: 12/2025
49.0000

2270

تبروات الصيانة فاروما
معين لحلو فيلالي صيدلي مس

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10

LOT : 22E02N
PER : 08 2025



118000060017

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



118000060017

6° GLUCOPHAGE 1000 mg

→ → après le
mes x 03 mois.

28,0002

42770

LOT 221512
EXP 10/2025
PPV 28.00DH



28,00

~~Docteur Youss
Omnipraticien - Echographiste
Dar Touzani Bd. 06 Noverakre
1er Etage - Appt 1 - Casablanca
Tel.: 0522 37 46 08 / GSM: 0661 70 55 40~~

~~PHARMACIE AL WOUROUD
67 Rue des Rois A Cote de
Masjid Anouar - Beauséjour
Tel.: 0522 36 80 32 - Casablanca
Patente: 54808192~~