

**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

- 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° W21-761246

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10993 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : CHADY Hanane
 Date de naissance : 19/07/1976
 Adresse : 19 lot AL MORAD Hay Chifa
 Tél. : 0661487114 Total des frais engagés : #324,50# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur El Mehdi HISSANE**
 Gynécologue obstétricien
 Stérilité du Couple
 Res Ghita 11 Rue Ibnou Bab ek 1er Etg.
 Appt. Racine 20250 Casablanca
 Tél: 05 22 95 04 39 / Fax: 05 22 39 60 45
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : CHADY Hanane Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection gynécologique.
 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 : Casa Cas Le : 26 / 08 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-761246

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 :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
16 MAI 2023	C2	1	309,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Docteur El Mendi Hissane Gynécologue obstétricien Stérilité du Couple Rés Chita 11 Rue Ibnou Bab El 1er Etg. App: 95 04 39 / Fax: 05 22 39 60 45

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Oued El Makhazine Mohamed Amine BENNANI 1, Lot Oued El Makhazine - n° 1 - 1 ^{er} Chok-casablanca Tel 06 22 52 70 17 E-mail: bennani.dr@gmail.com INP 092046754	16/05/23	84,50

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
		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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []													
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور المهدي حسان

أمراض النساء والولادة
عقم الزوجين
المساعدة الطبية للإنجاب
الجراحة النسوية
الفحص بالصدى
الجراحة والتشخيص بالمنظار

27,50

57,00

Chirurgie gynécologique
Echographie- Colposcopie
Coélioscopie- Hystérocopie

CABINET BIEN-NAÎTRE
GYNÉCOLOGIE • OBSTÉTRIQUE • STÉRILITÉ DU COUPLE

Casablanca, le 16/05/2023

Mme. CHADY HANANE Épouse SAAD ABDELAZIZ

1 **SPASFON 80 MG** - x1 Boite(s)

Prendre 1 Comprime le matin, 1 à midi, 1 le soir, pendant 3 Jours En cas de douleurs .



2 **DICYNONE** - x1 boîte(s)

Prendre 1 comprime le matin, 1 à midi, 1 le soir, pendant 5 Jours En cas de règles abondantes.



Dr. El Mehdi HISSANE

Docteur El Mehdi HISSANE
Gynécologue-obstétricien
Stérilité du Couple
Res Ghita 11 Rue Ibnou Babek 1er Etg.
A: 20250 Casablanca
Tél: 05 22 39 04 39 / Fax: 05 22 39 60 45

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
1, Lot Oued El Makhazine, Aïn Chok-Casablanca
Tél: 06 22 38 70 11 / Email: bennani.dr@gmail.com
INP 092046754

INP 092046754

11 Rue Ibnou Babek, Résidence GHITA, 1er étage
(Près de la Clinique les IRIS) - Racine - Casablanca 20050

+212 (0) 522 95 04 39
+212 (0) 522 94 29 45

secretariat@docteurhissane.ma
www.docteurhissane.ma

27,50

57,00

84,50