

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **ééducation :**

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.

## **entaire :**

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

Le 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° P19-0003659**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

#### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 02548 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Fallah Brahim Date de naissance : 21/11/1949

Adresse : 18 Rue chababie A nouamane Hay Erakha

Tél. : 06.28.24.50.07 Total des frais engagés : 395,50 Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 22 MAI 2019

Nom et prénom du malade : FALLAH BRAHIM Age : 7ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Toux + Céphalgie, fièvre, fioul, diarrhée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : SPRAY

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 : cas Le : 22/05/2019

Signature de l'adhérent(e) : CUEIL

*Cueil*

#### **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 MAI 2013	C	21	15000	Sur l'ordre de M. Idriss El Yousfi Médecin - Echo graphiste Ed 06 Novembre N° 762 N° 1 Casablanca 37 46 08

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Demande Montant de la Facture
	22/05/19	2115,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

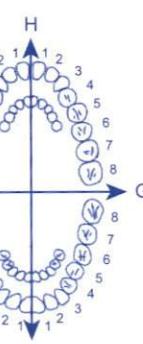
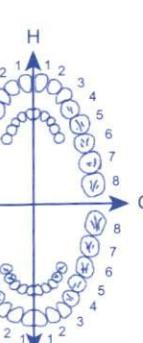
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan d

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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*

- EX. MEDECIN A L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE
- DIPLOME D'ECHOGRAPHIE
- DIABETOLOGIE
- ELECTRO CARDIOGRAMME
- MEDECINE D'URGENCE
- MESOTHERAPIE
- DIPLOME D'EXPERTISE MEDICALE ET REPARATION  
DU DOMMAGE CORPOREL



الدكتور يوسف حنان  
الطب العام

- طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا
  - الشخص بالصدري
  - علاج داء السكري
  - الشخص بالتطبيط الكهربائي للقلب
  - طب المستعجلات
  - الطب الشماماتي (ميزيوتيرابيا)
  - حائز على شهادة الخبرة الطبية والتعويض

## **ORDONNANCE**

22 MAI 2019

## Casablanca, le :

**Nom, Prénom :**

**Age :**

**Poids :**

LOT : 928  
PER : OCT 2021  
PPV : 52 DH 80

Indications, contre-indications, +  
doit être conservé à une tempé  
d'administration : voie locale. F  
ou inflammatoire. Mises en gar  
لـ يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة  
معينة ودهن المرهم يتطلب لطيف، على  
نهاية يبعد كل استعمال.

<u>1<sup>e</sup></u>	<u>BRONCHOKAD.</u>	Aripi ( Sans )
2290	1 ca x 3/jour	LOT:1096 PER:10/20 PPV:22.90DH
<u>2<sup>e</sup></u>	<u>CARBO SORB.</u>	PPC:74,50DH A consommer de préférence avant le:
7450	2 cp x 2	05/2022 170284 Lot:
<u>3<sup>e</sup></u>	<u>HEPANAT</u>	PAR CERTITIQUITY
6860	2 cp	Produit Fabriqué par ESI s.p.a. ■■■ Via delle Industrie 1 Ab Isola Marina (SV) Italy es.i.it Importé et distribué par BANAPHARM 7, Rue Abdelmajid Benjelloun - Maarif extension - Casablanca
<u>4<sup>e</sup></u>	<u>STER DEX.</u>	Dexamétrazone 0,05 mg Oxytétracycline 1,335 mg PPV : 26,40 DH
5280	1 Application	6 118001 100378 Enreg. MA : n° 338R1/17 DMP/21/NRQ. 338R1/17 DMP/21/NRQ. رقم التسجيل: 338R1/17 DMP/21/NRQ. Distribué par COOPER PHARMA 41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI 22986 TSV
2640		
<u>5<sup>e</sup></u>	<u>ANALOGUE</u>	
1000		
<u>6<sup>e</sup></u>	<u>SUPER ANAESTHESIA</u>	
1330		
<u>7<sup>e</sup></u>	<u>SUPER ANALGÉSIQUE</u>	
1330		
<u>8<sup>e</sup></u>	<u>EL GRI</u>	
1330		
<u>9<sup>e</sup></u>	<u>STER DEX.</u>	
1330		
<u>10<sup>e</sup></u>	<u>1 Application</u>	
1330		

د. التوانى، شارع 6 نوينر رقم 762 الطابق الأول رقم 1 - البيضاء - الهاتف : 08 46 37 22 05 - المحمول : 40 55 10 61 06

Dar Touzani Bd. 6 Nouvembre N° 762, 1er Etage N°1 - Casablanca - Tél. : 05 22 37 46 08 - GSM : 06 61 10 55 40

E-mail : youssef.hanane@gmail.com

5° Kéum. terminée  
52,80

245,50



Doctor Zoussafy (Lya)  
Omnipraticien - Echographiste  
Dar Touzani Ed. 06 Novembre N° 762  
1er Etage Appt 1 - Casablanca  
Tel : 0522 37 46 08