

# 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.

## Biologie 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



ND: 31224

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0009534

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12688

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHEM Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 762524

Total des frais engagés : \$ 485,00 \$

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur El Mehdi HISSANE  
Gynécologue - Obstétricien  
Stérilité du Couple

Résidence Ghita 11, Rue Ibnou Boudok  
1er Etage App. 1 Racine - 20250 Casablanca  
Tél. : 05 22 95 04 39 - Fax : 05 22 39 60 45

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZAHID

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CMN

Le : 26/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009534

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
11/06/20	C2		G	<p>Docteur El Mendi HISSANE</p> <p>Gynécologue - Obstétricien</p> <p>Sérilité du Couple</p> <p>Tel : 05 82 95 04 39</p>

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Victoria Parc Docteur Hanane SAMALI Lot Annaer S11 IOC M3 Victoria city Bouskoura - Tél.: 05 22 32 07 04	11/06/2020	185,20

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/06/2020	185,20

[illegible][illegible][illegible][illegible]

**VOLET ADHERENT**

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

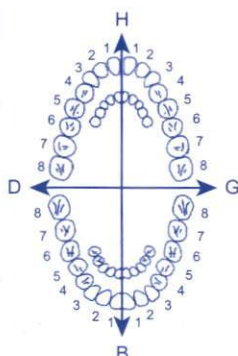
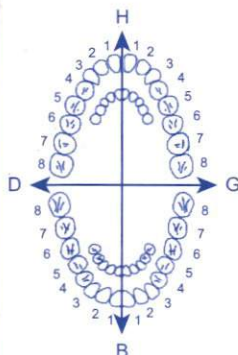
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RÉLEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

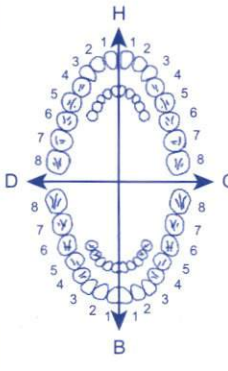
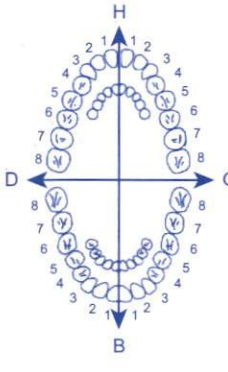
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            00000000            11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			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'EXEC



Docteur El Mehdi HISSANE

Gynécologue - Obstétricien

Stérilité du couple

Assistance Médicale à la Procréation

(IAC/FIV/FIV-ICSI)

Chirurgie gynécologique

Echographie - Colposcopie

Coelioscopie - Hystéroscopie



الدكتور المهدي حسان

أمراض النساء والولادة

عقم الزوجين

المساعدة الطبية للإنجاب

الجراحة النسوية

الفحص بالصدى

الجراحة والتشخيص بالمنظار

Casablanca, le 11/06/2020

Mme. ZAHID SOPHIA Épouse LAFRAM

- 349,00
- 1 **LOVENOX 4000 UI** - 1 Seringue(s)  
Faire 1 injection par jour pendant 6 Jours
- 40,80
- 2 **TARDYFERON 80 MG** - 1 Boite(s)  
Prendre 1 comprimé par jour au cours du repas, pendant 1 Mois
- 79,90
- 3 **FITOLAT** - 1 Boite  
Prendre 1 le matin, 1 le soir, pendant 15 Jours Le traitement peut être prolongé s'il vous convient.
- 15,80
- 4 **DOLIPRANE 500MG** - 1 Boite(s)  
Prendre 1 comprimé le matin, 1 à midi, 1 le soir, pendant 3 Jours En cas de douleurs.
- 5 **TEGADERM PANS POLYURÉTHANE 15X20CM** -  
Changez votre pansement au 3ème jour après votre sortie de clinique.  
On vous indiquera le jour du contrôle.
- 6 **DESIRETT** - 1 Boite  
Prendre 1 comprimé par jour pendant 3 Mois En continu et à heure fixe si possible (Alarme). Contraception à débiter à partir du 21ème jour après votre accouchement.

485,80  
Docteur El Mehdi HISSANE

Gynécologue - Obstétricien

Stérilité du Couple

Résidence Ghita 11, Rue Ibnou Babek

1er Etage Appt. 1 Racine - 20250 Casablanca

Tél. : 05 22 95 04 39 - Fax 05 22 39 60 45

Résidence GHITA, 11 Rue Ibnou Babek,

1er Etage Prés de la Clinique les IRIS

Racine 20250 - Casablanca

Dr. El Mehdi HISSANE

Tél. : +212 522 95 04 39

: +212 522 94 29 45

secretariat@docteurhissane.ma

www.docteurhissane.ma



# Fitar

Médicament non soumis à prescription médicale  
دواء يصرف بدون وصفة طبية

PPV : 40,50 DH



**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Djouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

Fabricant / المصنع

PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION

Rue du Lycée - 45500 Gien - France

بيير فابر دواء للتصنيع

شارع الليس - 45500 جين - فرنسا

Lot: 200036  
A consommer de  
préférence avant le: 02/2025

PPC: 79,90 DH



~~Lovenox~~

15,80  
PPV 150 H 30  
PER 01 / 23  
LOT J050

**4000 UI (40 mg)/0,5 ml**  
énoxaparine sodique



Solution injectable - Seringue préremplie

CIP 03400936468726  
SN 11951K086KM8W4  
EXP 07 2022  
LOT 9S728



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000ulantixa inj b6  
PPV : 349,00 DH

6 118001 080465