

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



ND: 31284

## 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 : LAEREM Mohammed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 762 524

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 Rabbah

1er Etage Apt. 1 Racine - 20250 Casablanca

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

Date de consultation :

ZAHID 508,00

Age:

Nom et prénom du malade :

Docteur El Mehdi HISSANE

Lien de parenté :

Lui-même

Compagnon

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

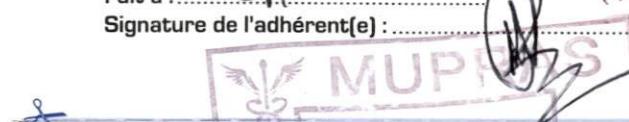
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

CMN

Fait à : Le : 26.06.2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT N° P19- 0009534

Déclaration de maladie.

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 :

### 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
11/06/20	C2		G	Docteur El Mendi HISSANE Gynécologue - Obstétricien Stérilité du Couple Tél : 05 82 95 04 39

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Victoria Park Docteur Hanane SAMALI Lot. Annas S11 100 M3 Victoria city Bouskoura - Tél.: 05 22 32 07 04	11/06/2020	485,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

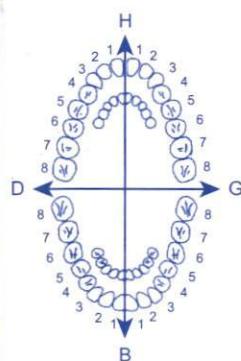
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Gynécologue - Obstétricien

Stérilité du couple

Assistance Médicale à la Procréation  
(IAC/FIV/FIV-ICSI)

Chirurgie gynécologique

Echographie - Colposcopie

Coelioscopie - Hystéroskopie



الدكتور المهدى حسنى

أمراض النساء والولادة

عقم الزوجين

الممساعدة الطبية للإنجاب

الجراحة النسوية

الفحص بالصدى

الجراحة والتشخيص بالمنظار

Casablanca, le 11/06/2020

Mme. ZAHID SOPHIA Épouse LAFRAM

1 LOVENOX 4000 UI - 1 Seringue(s)

Faire 1 injection par jour pendant 6 Jours

40,50

2 TARDYFERON 80 MG - 1 Boite(s)

Prendre 1 comprimé par jour au cours du repas pendant 1 Mois

75,90

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 débuter à partir du 21ème jour après votre accouchement

485,90  
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 04 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

Médicament non soumis à prescription médicale  
دواء يصرف بدون وصفة طبية

PPV : 40.50 DH



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - 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 دواع للتصنيع

شارع الليسيه - 45500 جين - فرنسا

Lot: 200036

A consommer de  
préférence avant le: 02/2025

PPC: 79,90 DH

~~Lovenox~~

15,80

PPV 150 H 90  
PER 01 / 23  
LOT J 050



4000 UI (40 mg)/vial

énoxaparine sodique

Solution injectable dans une seringue préremplie

CIP | 03400936468726  
SN | 11951K086KM8W4  
EXP | 07 2022  
LOT | 9S728



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000U/ml/txa Inj b6  
PPV : 349,00 DH



6

118001

080465