

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8669 Société : R.A.M

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAWFIK Hicham

Date de naissance : 10/03/1972

Adresse : Hay EL MARIA 1011328 Rue JIN COTOK Casa blanca

Tél. : 0673735897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2019

Nom et prénom du malade : TAWFIK Abdellah Age : 09.10.013

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie

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 : Le : / / 2019

Signature de l'adhérent(e) :



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
10/03/14				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/03/14	140000000

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/03/14	EFG	25000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début 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 00000000	21433552 00000000			
D 00000000	00000000			
	35533411 11433553			
B				
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE				



Tawfiq Abderrahmane

P = 0.15310

2)- Réhydratation lente

1cp - 1cp - 1cp x 4 jours

luis 1cp - 2cp - 3cp x 4 jours

luis 1cp - 2cp - 3cp x 4 jours

luis 1cp sans ars puis Arst

2)- nel ncp

nel ncp

3)- échec ncp

nel ncp

4)- Intoxication 1sept 10-

albures

2) Solut' septic n°5

1 sachet = 1 septic

58,20

3) Dépoline bwtin 150 N 118821
deux fois 150 6/27/10/19

4) 45 g - Fl y - 1 a y] x 2 ml

108,00 dz

4) Topimowate et 5 mg 150 N 118822
dz 10/10/19

Dalwhin : 1/2 cu à diluer dans 1 ml eau

1 ml = 1 puf

Doser 1 cu de Dalwhin et diluer dans 1 ml eau

1 ml. Aérosol n°5 150 N 118823
16 Jours

Doser entre 2 cu de Dalwhin et diluer dans 1 ml eau

Puis 1 cu de Dalwhin et diluer dans 1 ml eau

Puis 1 cu de Dalwhin et diluer dans 1 ml eau

10,00

6) Kolnegg 150 N 118824
16 Jours

Thérapie 1 cu de Dalwhin et diluer dans 1 ml eau

PHARMACIE CHARM CHEIKH
N° 600 Lots HAMRA 2 AV Qodsri
AIN CHOKE - CASABLANCA
GSM: 0522505510/0522210218

15te

Lot:
À consommer de
préférence avant le:
PPC: 84,00 DH

8 032578 47

190280
05/2022

an
EARCH

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 380084

Lot: 0K1213D
Per: 11/2021
PPV: 108DH00



CCNPP-CABINET CASABLANCA DE PEDIATRIE
ET DE NEUROPIADIATRIE
Dr. BEN ITTO AFAF
Pédiatre - Neuropédiatre
App. N° 12, 4ème Etage, Imm. Ibn Rochd N50°
Casablanca

Rapport EEG :

Nom :	TAWFIK, MOHAMED ABDERRAHMANE	Date enreg. :
10/09/2019		
Né le :	07/10/2017	Médecin : DR: AFAF BENITTO
Patient n° :		Technicien : MME AMAL HALAFI
Remarque :		Type d'examen :
Medicaments :	DEPAKINE; SABRIL	Origine :
Info clinique :		
Commentaires :	Syndrome de west,	
Nom de fichier :	190910A-D	

Dégressions des corticoides devant une mauvaise tolérance clinique.
Tracé ralenti sur les dérivations antérieures gauches, bonne modulation veille sieste.

Conclusion :

Pas de reprise de l'hypsarythmie, ralentissement gauche.





DR.AFAF BENITTO
PEDIATRE - NEUROPIADIATRE

CACHET ET SIGNATURE

Dr. CCPNP
Pédiatre-Neuropédiatre
Cabinet Casablanca de Pédiatrie et de Neuropédiatrie
tel: 0522278392. Email: afafbenitto@gmail.com

CASABLANCA LE

10/09/19

Patente: 36315230

IF: 18737575

FACTURE 31319

Tawfiik Mohamed Abderrahmane

Je soussignée Dr Afaf BENITTO, vous présente mes sincères salutations et ai le plaisir de confirmer par la présente, la réalisation du geste suivant au sein du cabinet:

- Electroencéphalogramme.
- Electroencéphalogramme prolongé.
- Consultation neuropédiatrique.
- Consultation pédiatrique,

Geste pour lequel a été perçu le montant suivant:

#750# Dhs.

#300# DHS.

En vous remerciant pour votre confiance



CABINET CASABLANCA DE PÉDIATRIE ET DE NEUROPIADIATRIE

QUARTIER 12, JML "IBN ROCHD" N° 50, QUARTIER DES HÔPITAUX, CASABLANCA - TÉL: 0522278392