

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A 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 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

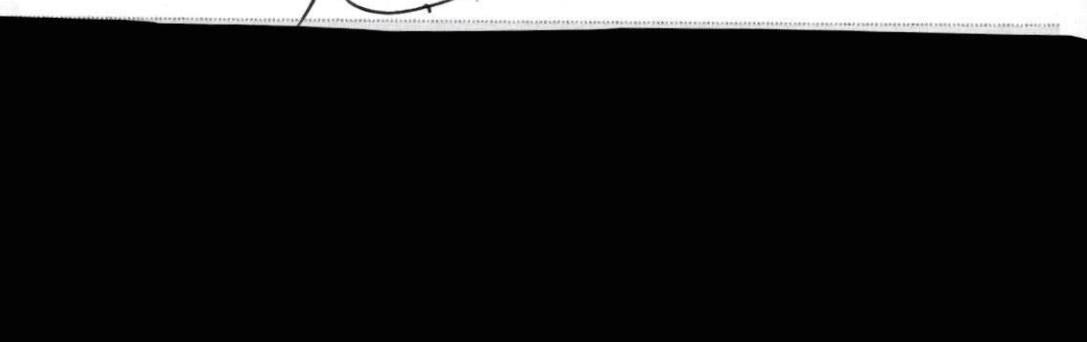
MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-532445

NP : 36558

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricole : 7388			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : MAJBAR		<input type="checkbox"/> Autre : Mohamed	
Date de naissance : 20.05.1966			
Adresse :			
Tél. : 06 66 24 57 26		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : MAJBAR LINA Age: 14	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Dermatologie	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 AOUT 2020	
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.	
Fait à : Casablanca Le : 10/08/2020	
Signature de l'adhérent(e) : M. S.	



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/06/2020	50.20

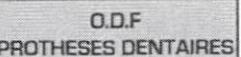
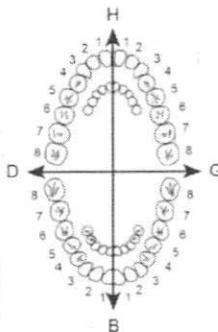
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

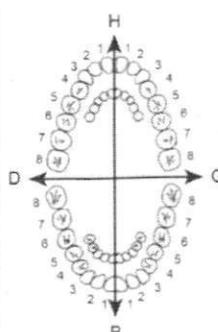
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
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'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAILX

MONTANTS DES SOINS

DATE DUE
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Professeur EL OUAZZANI Tam

Dermatologie - Vénérologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Laser

الأستاذة الوازاني طام

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر
والأمراض التنسالية الحسية
وعلم التجميل

Casablanca, le : 8 - 6 - 2022 الدار البيضاء في

Dr. - Dafdar Hania

25.10x2
Fum fer 2 gel 10

Ts 50.20

Dr. Tam El Ouazzani
Dermatologue - Vénérologue
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Laser
Bd. Massira Al Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 99 62 75 / 76 - fax : 05 22 99 62 74
Email : tamelouazzani@gotmail.com

Dr. Tam El Ouazzani
Dermatologue - Vénérologue
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Laser
Bd. Massira Al Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 99 62 75 / 76 - fax : 05 22 99 62 74
Email : tamelouazzani@gotmail.com

75، شارع السيرة الخضراء - الطابق الأول بـ سار. الدار البيضاء . الهاتف : 05 22 99 62 75 / 76 . الفاكس : 05 22 99 62 74

75, Bd. Massira Al Khadra - 1er Etage à gauche - Casablanca Tél. : 05 22 99 62 75 / 76 - fax : 05 22 99 62 74

Email : tamelouazzani@gotmail.com

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM
DERMATO - VENEROLOGIE
DERMATO - ALLERGOLOGIE
DEERMATO - ESTHETIQUE
MELASER

Casablanca le **08 JUIN 2020**

Note d'honoraire

NOM

Nelle Noijen
Linda

PRENOM

DATE	LIBELLE	MONTANT
08 JUIN 2020	• ABLATION DE VERRUES	700.00 DHS
	TOTAL	700.00 DHS

PROFESSEUR EL OUAZZANI TAM

Professeur EL OUAZZANI Tam
Dermato - Venerologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthetique
Cosmetologie - Laser
75, Bd Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 99 62 75/76 - Fax: 0522 99 62 74
INP: 091152389

75 Boulevard Massira Al khadra Maarif Casablanca
TEL : 05.22.99.62.75 / 76 Fax : 5.22.99.62.74
E-mail:tamelouazzani@hotmail.com

IF 407 182 75
ICE 00166454000031

TP 357 100 28

CNSS 738 43 16
INP 09 11 52 189

FUMAFER®

100 comprimés

(64 x 25 x 90) mm

FUMAFER®

fumarate ferreux **200 mg**
(équivalent à **66 mg** de fer)

PPU 25.10 DH
LOT T060 PER 01/24

100 comprimés
voie orale

عدد الجرعات في اليوم
NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN MIDI SOIR



PPU 25.10 DH
LOT T222 PER 02/24

100 comprimés
voie orale

عدد الجرعات في اليوم
NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN MIDI SOIR



més

(64 x 25 x 90) mm