

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.

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 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 |

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.

N° W19-572294

U8956

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8918	Société : R.A.F		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SICALLI HAOUSSERINI TAYEB			
Date de naissance : 02/12/1963			
Adresse : 716, Boulevard de Fes CASABLANCA			
Tél. : 06 61 46 1934		Total des frais engagés : 558,60 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. M. OUAZZANI HOUSSINE Professeur Agrégé de Médecine Professeur Hafid Ibrahim Casablanca ACCUEIL</i>			
Date de consultation : 19/11/2010			
Nom et prénom du malade : SICALLI YASSINE Age : 110			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Douleur Myopie			
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 : **Casablanca**

Le : / /

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
19 NOV 2020	01	38	300,60	INP : L... Dr. M. QUALLANE Haid Ibrahim - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JASMIN D'OR Avenue Atlantique - 102 Casablanca - Tel : 05 22 10 00 00	19/11/20	200,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

P.P.V 19 DH 70	P.F.V 21 DH 50	Montant des Honoraires
P.E.R 04 / 21 LOT N° 73	P.E.R 01 / 22 LOT J 243	21,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

Signature	Date des Soins	Nombre	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
IFAL® Diclofénac sodique 25 mg Boîte de 10 comprimés P.P.V : 24,80 DH 6 118000 190552	43x20x90 12	Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1. Ain sebaâ Casablanca Tetraxin inj b1 ser 1 dose P.P.V : 134,60 DH 6 118001 080724			

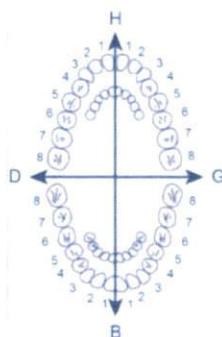
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

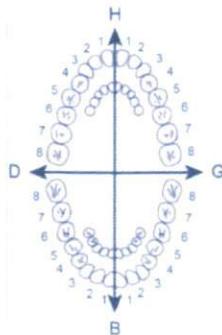
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
-----------------	----------------	------------------	-------------	-----------



ODF 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'EXECUTION

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

Dr. Makine OUAZZANI Touhami

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Spécialiste des Maladies
des Enfants et Nourrissons

21, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand)

(Face Commissariat Central) - Casablanca

Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

Fax : 0522.29.89.49

E-mail.: makine_ouazzani@hotmail.com

Sur Rendez-vous
(Cabinet fermé Jeudi après midi)

الدكتور مكين الوزاني تهامي

أستاذ مبرز

إخلاصي في أمراض الأطفال والرضع
21، زنقة حافظ إبراهيم (شاطئ بيريان سابقاً)

كتبي - (مقابل مركز الشرطة الرئيسي)

الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

الفاكس : 0522.29.89.49

البريد الإلكتروني: makine_ouazzani@hotmail.com

بالموعود

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

19.11.2020

Casablanca, le

Enfant SKALLI HOUSSEINI Yasmine

الدار البيضاء في

Age : 10 ans 5 mois

Poids : 42.00 Kg

19,70

1 APAZIDE GELULE

Prendre 1 gélule le matin et le soir, pendant 7 jours.



21,50

2 MIGRALGINE gél : B/12

Prendre 1 gélule le matin et le soir, pendant 8 jours.



24,80

3 DIFAL 25

Prendre 1 tablette le matin et le soir, pendant 5 jours.



134,60

4 TETRAXIM



200,60

PHARMACIE JAKOINS POLO
Fathia SEKKAT
Doc. 1^{er} pharmacie
Avenue Atlantique, 14^e 102 Bis Polo
Casablanca, Tel : 05 22 55 74 00

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

M. M. OUAZZANI TOUHAMI
Professeur Agrégé Pédiatre
21, Rue Hafid Ibrahim - Casablanca
Tél : 0522 20 12 94 / 0522 20 26 00

En cas d'urgence

Clinique Cardiologique et Pédiatrique "CALIFORNIE"

545, Bd. Panoramique - Route de Mekka - Californie

Casablanca - Tél. : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

في حالة استعمال

مصحة القلب والأطفال "كليفورنيا"

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

الدار البيضاء - الهاتف :