

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-598768

92 391

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2400	Société : RNM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HJYET ANDALOUSSI TSARAFI			
Date de naissance : 14-10-1960			
Adresse : 7 RUE AOUA BI RIYAD EL ANDALOU			
Tél. : 0661181754 Total des frais engagés : 228 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 20/10/2014			
Nom et prénom du malade : H JYET ANDALOUSSI Age : 50			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hypertension			
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 : 20/10/2014

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACE DES J. Rue Al Fouad - Casablanca Tel : 05 22 25 49 29 PC : 245509 - Pie : 3587306 IE : 123456789	22/11/2021	328,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11423553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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)

Casablanca, le

الدكتور مكين الوزاني تهامي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
إبراهيم (شاططيريان سابقا)

تل مركز الشرطة الرئيسي
0522.20.12.94 / 0522.20.11

0522.29.89.49 :

makine_ouazzani@hotmail.com

بالمواعد
نلوقة عشية الخميس)

الدار البيضاء في

22.10.2021

PHARMACIE DES STADES 2010

50, Rue Al Fouat - Casablanca

Tél : 05 22 25 49 25

RC :245509- Pte. : 358731

IF : 40436642

1 AZIX 500 COMPRIME

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 jours.

2 SURGAM 100 COMPRIMES

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, après le repas, pendant

3 APIXOL SPRAY GORGE

Faire 3 pulvérisations le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

4 TOUDEX

Prendre 2 cuillères-mesure le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

5 ERLUS COMPRIMES

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 15 jours.

6 VITA C 1000

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 10 jours.

Pr Makine OUAZZANI

PPC : 89,50 DH

2024/07

LOT

210454

8 032578 479676

PPV : 79DH70

PER : 08/24

FEER : 08/24

LOT : K2177

SURGAM 100MG
CP SEC B30
LOT : 20E015
PER : 08/2022

C.
kka
522.52.55.55

118000 060864

مكة - كليفورنيا
0522.50.80.80 / 0522.52.

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)

Casablanca, le الدار البيضاء في

22 Octobre 2021

Certificat pour Mr HJIYEJ ANDALLOUSSI Aziz

Je soussigné, Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI, Pédiatre, certifie que l'état de santé de l'enfant Aziz HJIYEJ ANDALLOUSSI, né le 29.03.2005, nécessite son maintien à la maison pendant 24 heures sauf complications.

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

Dr. M. OUAZZANI TOUHAMI
Professeur Agrégé de Pédiatrie
21, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand) - Casablanca
Tél. 0522.29.89.49 / 0522.20.36.38

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

الدكتور مكين الوزاني تهامي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
21، زنقة حافظ إبراهيم (ساطو بيريان سابقا)
كوتى - (مقابل مركز الشرطة الرئيسي)
الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

الفاكس : 0522.29.89.49

البريد الإلكتروني: makine_ouazzani@hotmail.com
بالموعد
(العيادة مغلقة عشية الخميس)

في حالة استعمال

مصحة القلب والأطفال - كليفتونيا -
شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفتونيا
الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55
الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55