

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-620070

119324

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12569

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IFRIOUINE ISMAÏL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661078561

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Epilepsie - Hand aux

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 :

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
04 MAI 2022 GS			295 MM	INP : <input type="text"/> DR. DIAZZAHITOU HAMI Professeur Agrégé Pédiatre 22, Rue Halid Ibrahim - Casa 22921294/0522 2036 38

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/5/22	295,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

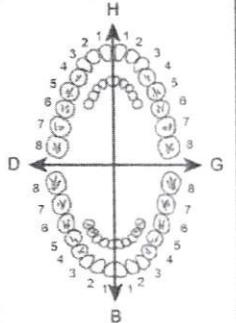
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	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'EXECUTION	

DET  
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)

Casablanca, le .....

**الدكتور مكين الوزاني تهامي**

أستاذ مبذر

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

21، زنقة حافظ إبراهيم (شاطو بيريان سابقاً)

كوتى - مقابل مركز الشرطة الرئيسية

الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

fax : 0522.29.89.49

البريد الإلكتروني : makine\_ouazzani@hotmail.com

الموضوع

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

الدار البيضاء في

04.05.2022

Enfant IFRIQUINE Zahra

Age : 6 ans 3 mois

Poids : 21,00 Kg

1 IXOR COMPRIMES EFFERVESCENTS 10MG

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, pendant 14 jours.

REFLUXAID

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, après le repas, pendant 15 jours.

2 VERZOL SIROP

Prendre le contenu du flacon en une seule prise

3 ZENMAG SIROP

Prendre 1 mesure le matin et le soir, pendant 10 jours.

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

Dr. M. OUAZZANI TOUHAMI  
Professeur Agrégé Pédiatre  
21, Rue Hafid Ibrahim - Casa  
Tél: 0522.20.12.94 / 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

في حالة استعمال

مصحة القلب والأطفال - كليفورنيا

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55



# ZENmag®

MAGNESIUM

Magnésium, Mélisse et Vitamine B6

Sirop

Sans sucre  
Sans alcool

Stress

Nervosité

Troubles du Sommeil

LOT : 100418/FC7

PER : 12/2024

PPC : 89,00

Flacon 150 ml

Complément alimentaire avec édulcorant

# ZENmag®

MAGNESIUM

Magnésium, Mélisse et Vitamine B6

# REFLUXAID®

## *Enfants*

**Sirop anti-reflux  
pour usage pédiatrique**

Avec pipette



LOT

LOT 2224293



EXP 2025/02

PPC 75 DHS