

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-620074

119320

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 19569

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FRIQUINE ISMAIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 19569

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. OULIDIEN
Professeur Agrégé Pédiatre
21, Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca
Tél. : 05 22 20 45 45 (LG)

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hyperthyroïdie

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 : / /

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
06/4/2022	GS		300,00	INP : 091111615381
				DR M. DUCHANI TOUSSAINT ADOPTANT LE DESSIN DENTAIRE
				6/4/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/4/22	375,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

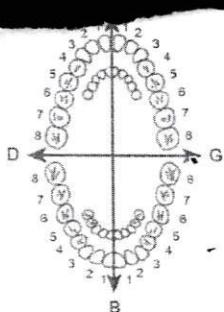
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			*
			*
			*
			*

AUXILIAIRES MEDICAUX

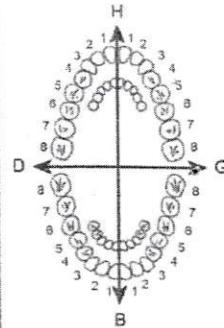
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						*
						*
						*

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
G	00000000	35533411
	11433553	
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 الدار البيضاء في

06.04.2022

Enfant IFRIQUINE Zayna

Age : 3 ans 4 mois

Poids : 18,00 Kg

1 ZECLAR 25 mg/ml glé p/susp buv : Fl/100ml
Graduation 18, matin et soir par jour pendant 8 jours.

2 PREDNI 20MG
Prendre 1 comprimé le matin, pendant 5 jours.

3 FITORAX SIROP
Prendre 1 mesure le matin et le soir, pendant 8 jours.

4 HIVERNEX SIROP
Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir. — 81

5 PIVALONE 1 % susp nasal : Fl doseur 10ml
Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

6 APIRETIL SOLUTION BUVABLE
Graduation 18 toutes les 6 heures si température supérieure

7 NO DOL FEN SIROP
Graduation 18, toutes les 6 heures si température supérieure

NO - DOL FEN 20MG/ML
SUSP BUV FL 150ML
P.R. : 101
PER : 12/2020
P.P.V : 22DH50
6 118000 061892

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

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

إختصاسي في أمراض الأطفال والرضع
21, زنقة حافظ إبراهيم (شاططوبيريان سابقا)

كوتى - (مقابل مركز الشرطة الرئيسي)
الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

0522.29.89.49

الفاكس : makine_ouazzani@hotmail.com

البريد الإلكتروني: بالميدان
(العيادة مغلقة عشية الخميس)

الدار البيضاء في

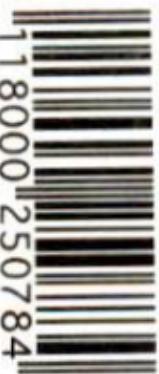
06.04.2022

Ne pas laisser à la porte des enfants

pivalone® 1%

Suspension nasale

6 118000 250784



Composition
Pivalate de
Lixocortol..... 1,000 g
Excipient q.s.p. 100 g
Flacon nébuliseur
contenant 10 ml de
suspension

הַיּוֹם

1% 

24,40

LOT:

PER:

PPV:

HIVERNEX

Défenses - Immunité
Troubles hivernaux

Propriétés :

HIVERNEX® est composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour corriger les symptômes hivernaux.

Conseils d'utilisation :

- **Agiter avant utilisation**
- Enfants à partir de 3 ans :
1 à 2 cuillerées à café 3 fois par jour
- Adultes :
1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour.

Limites d'utilisation :

- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- Ne remplace pas une alimentation équilibrée.
- Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.
- Déconseillé aux personnes allergiques aux dérivés salicyliques.

LOT 084122/FC2
PER 11/2023
PPC 79,00

N° AUTORISATION ONSSA ES.5.84.15 رقم ترخيص م.و.س.ص.م.غ.

N° DA20191802251DMP/20UCA/MAv2

فيتوراكس®

محلول للشرب

صمغ النحل
+ مستخلصات طبيعية
+ فيتامين C

للصغار

لراحة
المسالك التنفسية
والحنجرة

نكهة الفراولة

مكون من
مستخلصات
طبيعية

200 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479522

Lot : 211041
À consommer
avant le : 01/2025

PPC : 79,90 DH