

## 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 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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-766971

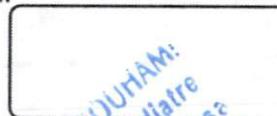
MG  
Médical

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12569	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MESSIRI QUINE ISMAÏL			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661088561 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/02/2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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
16-09-2021	Chirurgie	300M	INP : D. B. M. A. N. A. 617.37	<i>DR. GUZZANI - Dr. Agusti - Dr. Ibrahim</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Rive Bleue	16/09/2022	6840

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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

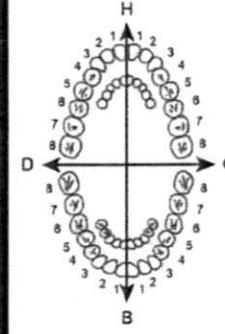
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				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 _____

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433582
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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**

**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 .....  
16.09.2022

Enfant IFRIQUINE Zayna

Age : 3 ans 9 mois

Poids : 17,00 Kg

1 CEFICO SIROP 60ML

Graduation 17, 2 fois par jour pendant 8 jours

2 BIOMYLASE SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 8 jours

3 FITOBIMBI NEZ GORGE

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

4 APIRETIL SOLUTION BUVABLE

Graduation 17, toutes les 6 heures si température supérieure à 38°

5 NURODOL SUSPENSION BUVABLE E/N

graduation 17, toutes les 6 heures si température supérieure à 38°

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

Dr. M. OUAZZANI TOUHAMI  
Professeur Agrégé Pédiatre  
Rue Hafid Ibrahim Casablanca  
Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.38.38  
50, Allée Abu Mhassine Al Arouri  
Bd. CAME Mohamed  
Pharmacie Five Blue

68,40

**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 (شاطئ بيريان سابقا)

للتوصيات - (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)

الدار البيضاء في

في حالة استعمال  
مصحة القلب والأطفال - كليفورنيا -  
شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا  
545، الدار البيضاء - الهاتف : 0522.52.55.55 / 0522.50.80.80

**APIRETIL®**

Paracetamol 100 mg/ml  
60 ml solution orale



6 118000 430018

28,40

بیومیلاز®  
200 U.CEIP/ml

40,00

PM HOUBCHI - Paracetamol Responseable  
Rue Ahmed Djellal - Quartier Assemine Casablanca - Maroc  
Sans lactose des Laboratoires TOP-PHARM - France

Fabrique par A. POLYMEDEC



Sirup 125 ml  
BIOMYLASE 200 U.CEIP/ml