

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 soin 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.

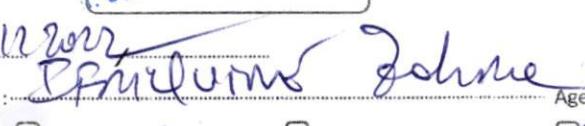
Adresses Mails utiles

- 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.

N° W21-620072

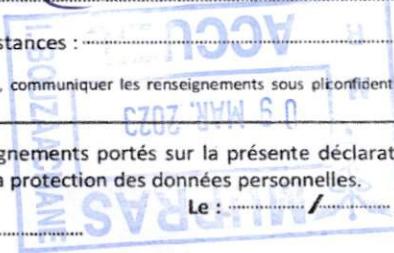
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12569		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	IFRIQUIINE ISMAIL
Nom & Prénom : IFRIQUIINE ISMAIL			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661 078501		Total des frais engagés :	
		Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Dr. HAFID IBRAHIM Rue Hafid Ibrahim - Casablanca 0522 70 12 94 / 0522 20 31 22	
Date de consultation : 16.12.2022	
Nom et prénom du malade : IFRIQUIINE ISMAIL	
Age : 16 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Maladie chronique	
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
16/12/2022	GS		300M	INP : 09/11/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
16.12.22	342,65	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

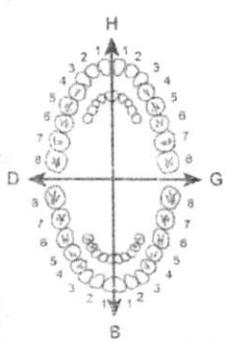
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.P. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	
[Création, remont, adjonction]	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

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)

Enfant IFRIQUINE Zahra
Casablanca, le

98.90

1 ZECLAR 25 mg/ml glé p susp buv : Fl/100ml

Graduation 22 : matin et soir par jour pendant 8 jours.

79.90

2 TOUDEX

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

40.00

3 BIOMYLASE SIROP

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

50.10

4 NASONEX 40 DOSES

Faire 1 pulvérisation le matin et le soir, pendant 20 jours.

28.40

5 5 APIRETIL SOLUTION BUVABLE

Graduation 22, toutes les 6 heures si température supérieure à 38°

6 PREDNI 20MG

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 5 jours.

45.30

7 VENTOLINE 100 µg susp p inhal : Fl/200d

2 bouffées à la demande si gêne respiratoire

342.60

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

Dr. Makine OUAZZANI TOUHAMI
Professeur Agrégé de Pédiatrie
1, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand)
Casablanca - 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 اسعاف

مصحة القلب والأطفال - كليفرنانيا

شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفرنانيا

0522.50.80.80 / 0522.52.55.55 - الهاتف : الدار البيضاء -

بیو می لاز®
200 UCEIP/ml

40/0h

Q1-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca, Maroc
Km 10, route Gobitane III
Mapher
6 118001 182862
Barcode
No. L950
Bouteille Flacon de 100 ml
P.P.V. 98,90 DH
ZECLAR® 25 mg/ml
Aerosol 200 doses

TOUDEX®
Mauve - Cassis

8pd

LOT 103025/FC4
PER 02/2025
PPC 79,90

Sans alcool
Sans sucre

0330

VENTOLINE 100 mcg
Aerosol 200 doses
PPV 45,30 DH
118001 182862
Barcode

GeoxSmitkline
Ain El Aouda
Région de Rabat
Maroc