

## 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.

N° W21-768191

158091

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

9283

Société :

RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nazih LAILA.

Date de naissance :

Adresse :

42 lot KHADIGA - DAR-BOUAZZA .

Tél. :

0661138143 .

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR EL GUazzani Dalia  
Pédiopsychiatre  
6 Rue Sidi Brahim RDC N°3  
Guettler - Casablanca  
INPE: 091145359  
Tél: 0522 204 852 - 0572 81 87 10

Date de consultation :

28/02/2023

Nom et prénom du malade :

IRAGI HOSSAINI walid

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dépression

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 :

CASABLANCA

Le : 28/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

IRAGI HOSSAINI walid

### 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.

#### **RELEVÉ 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
28/07 2023	C		500000	INP : 1111111111111111 Dr. HUAZANI B. Bouyssou Rue Dr. DCD N° 3 Gardian - Casablanca 91145359

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

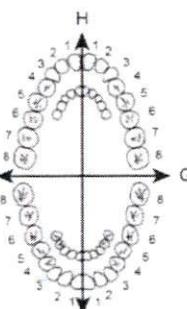
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
 <p>H                            G</p> <p>D                            B</p>				MONTANTS DES SOINS [ ]												
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>D ————— G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>B</b></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D ————— G</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		DATE DU DEVIS [ ]
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<b>D ————— G</b>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<b>B</b>																
				DATE DE L'EXECUTION [ ]												



Cabinet de Pédopsychiatrie

Docteur Bahia EL OUAZZANI

Pédiopsychiatre - Psychothérapeute  
Bébés - Enfants- Adolescents

- Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin attaché à l'Hôpital d'Enfants CHU Ibn Rochd
- Ancien interne des Hôpitaux de Paris

دكتورة بهية الوزاني

طبيبة و معالجة نفسانية للأطفال  
رضع - أطفال - مراهقين

\* خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

\* طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد للأطفال

\* طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

### Ordonnance

Le : 28 FEV 2023

Iraqi Hossaini walensi

Note d'insuoxirive à 500 ml

Dr. EL OUAZZANI Bahia  
Pédiopsychiatre  
6, Rue Sidi Brahim RDC N°3  
Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 204 4852 - 06 72 81 87 10



6, rue Sidi Brahim (reliant rue Taha Hocine et Najib Mahfoud Ex Place Olier) RDC n°3, Gauthier - Casablanca  
Tel: 05 22 20 48 52 / 06 72 81 87 10 - E-mail : bahiaelouazzani@gmail.com