

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W21-786926

152676

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12569 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FRIQUINE ISMAIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661078501 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. OUZZANI TOUHAM
Professeur Agrégé Pédiatre
21, Rue Halid Ibrahim - Casa
0522 20 12 94 / 0522 20 36 31

Date de consultation : 13/12/2023

Nom et prénom du malade : FRIQUINE Ismail Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite - Diabète

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 : 13 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
13 FEB 2023	SX		30.00	INP: 0911116131

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TOUCAULT 27, Rue Moussa Boud Nossair Gauthier - Cas Tél: 05 22 22 12 12	13/02/23	42410

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

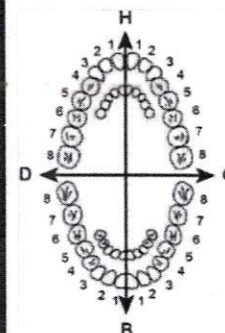
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

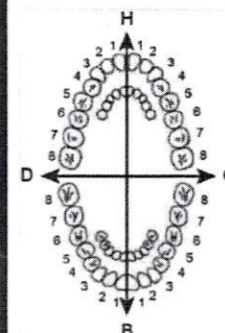
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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)

الدكتور مكين الوزاني تهامي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع
21، زقة حافظ إبراهيم (شاطوبريان سابقا)

كوتي - (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)

13.02.2023

Casablanca, le

Enfant IFRIQUINE Zayna

الدار البيضاء في

Age : 4 ans 2 mois

Poids : 18.00 Kg

1. ZECLAR 25 mg/ml glé p susp buv : FI/100ml
Graduation 18 , matin et soir par jour pendant 8 jours.
2. PREDNI 20MG
Prendre 1 comprimé le matin, pendant 5 jours.
3. PROSPAN SIROP ENFANTS
Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.
4. HIVERNEX SIROP
Prendre 1 mesure le matin et le soir, pendant 10 jours.
5. VOGALENE SIROP
Prendre 1/2 mesure le matin, à midi et le soir, pendant 3 jours.
6. TIORFAN 30 mg pdre oral enf : 30Sach-dose
1 sachet tout de suite puis 1 sachet matin, midi et soir.

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

Dr. M. OUAZZANI TOUHAMI
Professeur Agrégé Pédiatre
21, Rue Hafid Ibrahim - Cas.
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 استعجال

مصلحة القلب و الأطفال - "كليفورنيا"

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

Lot :
EXP :
PPV (DH):



Solution buvable 150 ml

No. L950

ZECLAR® 25 mg/mL
Boîte d'un flacon de 100 mL
P.P.V: 98,90 DH



6 118001 182862
Maphar
Km 10, route côtière 111
Ql-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc

HIVERNEX

Défenses - Immunité
Troubles hivernaux

Échinacée, Cassis, Plantain,
Liquide Reine des Prés, Gelée Royale
Zinc, Vitamine C

SIROP

Sans Sucre

Sans Alcool

LOT 104677/FC4
PER 03/2025
PPC 79,00

PROSPAN

**Sirop
Traitement de la toux**

Bien agiter avant utilisation.
Pour plus d'informations, lire attentivement
notice.
Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.
À conserver à une température inférieure à 25°
et à l'abri de l'humidité.

AMM N° 02/19 /DMP /21 /NRQDNM

PROSPAN Sirop 100 ml

PPV : 30,00 DH



PREDNI 20

Cooper - Prednisolone

20 mg
Voie orale
Oral route

Comprimés
effervescents
séables / Scored
effervescent tablets

20 x



COOPER

41, Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc / Morocco
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI
رقعة محمد المديري 20110 الدار البيضاء المغرب
صيدلي مسؤول : أمينة الداودي

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

40,00

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي