

## 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

N° W21-786926

152676

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>19569</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>TRIPOLINE ISRAËL</u>
Nom & Prénom : <u>TRIPOLINE ISRAËL</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>0661078501</u>		Total des frais engagés :	
		Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     Dr. M. OUAZZANI TOUHAMI                      Professeur Agrégé Pédiatre                      21, Rue Hafid Ibrahim - Casablanca                      0522 20 12 94 / 0522 20 36 31                 </div>			
Date de consultation : <u>13/12/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>TRIPOLINE ZAYNE</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Bronchite</u> <u>Bronchite lymphangite</u>			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/12/2021

### 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
13 FEV 2023	SE		300,00	INP : 0911116133 Dr. M. OUAZZANI TOUHANI Médecin Agrégé Pédiatre 1013410522 20 25 25

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TOUCAILDAZ	21.05.22	612410
27, Rue Moussea Bnou NOUSSAID Gauthier - Casablanca		
Tél : 05 20 28 42 12		
INP : 0911116133		

### ANALYSES - RADIographies

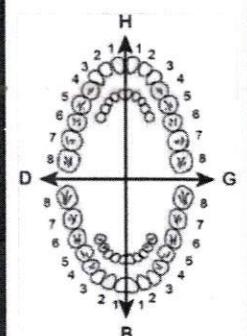
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

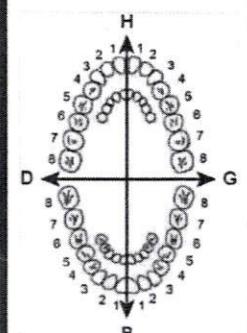
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
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)

Casablanca, le .....  
Enfant IFR/QUINE Zayna

**الدكتور مكين الوزاني تهامي**

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع  
21، زنقة حافظ إبراهيم (شاطئيrian سابقاً)

كوتى - (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

الدار البيضاء في

Age : 4 ans 2 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. 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 1/30 Sach-dose  
1 sachet tout de suite puis 1 sachet matin, midi et soir

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

Dr. M. OUAZZANI TOUHAMI  
Professeur Agrégé Pédiatre  
1, Rue Hafid Ibrahim - 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 استجواب

مصحة القلب والأطفال - كاليفورنيا -

545، شارع المنظار العام - طريق مكة - كاليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

Lot :

EXP :

PPV (DH):

CV/86



No. L950

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



6 118001 182862  
Maphar  
Km 10, route côtière 111  
Q1-Zerktou, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc

# 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 enfant.  
A conserver à une température inférieure à 25°  
et à l'abri de l'humidité.

AMM N° 02/19 /DMP /21 /NRQDNN

PROSPAN® Sirop 100 ml  
PPV : 30,00 DH



# HIVERNEX

Défenses - Immunité  
Troubles hivernaux

Echinacée, Cassis, Plantain,  
L'Ortie Reine des Prés, Gelée Royale  
Zinc, Vitamine C

## SIROP

Sans Sucre

Sans Alcool

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

# PREDNI 20

Cooper - Prednisolone

20 mg  
Voie orale  
Oral route

Comprimés  
effervescents  
sécables / Scored  
effervescent tablets

20 x



COOPER  
41, Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc / Morocco  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI  
نسمة الموصى بها 2010  
الوزن الموصى به: 41  
صيادلاني موصى به: أمنة الداودي

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

40,00

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي