

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-830387

190011

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12569 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FRIQUINE ISMAIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Rhume - Grippe - Ophthal

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.



# 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
30 NOV 2023				<i>[Signature]</i>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i>	30/11/23	34.14

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

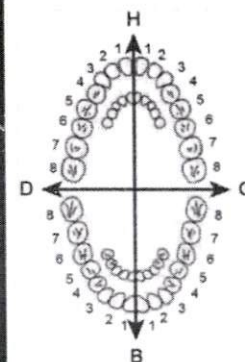
# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

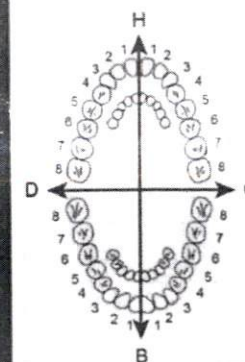
# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# SOINS DENTAIRES



# 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'EXE

## MAZZANI Touhami

Agrégé de Pédiatrie

Spécialiste des Maladies  
des Enfants et Nourissons

2, 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، زنقة 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

بالموعود

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

30.11.2023

Casablanca, le

Enfant IFRIQUINE Zahra

الدار البيضاء في

Age : 7 ans 10 mois

Poids : 24,00 Kg

### 1 BIOMYLASE SIROP

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

### 2 FITOBIMBI NEZ GORGE

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

### 3 PHYSIOMER HYGIENE NASALE

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

### 4 SOUFRANE

2 gouttes dans chaque narine 3 fois par jour

### 5 HIVERNEX SIROP

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir.

### 6 APIRETIL SOLUTION BUvable

Graduation 25, toutes les 6 heures si température supérieure à 38°

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

#### 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 استعمال

مصلحة القلب و الأطفال "كليفورنيا"

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55



# HIVERNEX

Défenses - Immunité  
Troubles hivernaux

Échinacée, Cassis, Plantain,  
I-Fluid Reine des Prés, Gelée Royale

**Zinc, Vitamine C**

**SIROP**

Sans Sucre

Sans Alcool

LOT 104677/FC4

PER 03/2025

PPC 79,00



**Arôme Caramel**  
**Flacon 150 ml**

Sirop avec édulcorant

## إيفرنيكس

الحليف الطبيعي  
ضد الأعراض الشتوية

**شراب**

بنكهة الكراميل

- Καθαρίζει και απομακρύνει τις πλεονάζουσες ρινικές εκκρίσεις
- Ενυδατώνει τις ρινικές διόδους
- Προλαμβάνει τις δευτερογενείς λοιμώξεις σε αυτιά, μύτη και λαιμό

**100% φυσικό**

- Ισότονο θαλασσινό νερό
- Χωρίς συντηρητικά
- Κατάλληλο για καθημερινή χρήση

**135 ml**



**laboratoire  
de la Mer**

IMPORTER & DISTRIBUTOR:

**S.I.C.**

Bldg n°56 - Street  
Maadi - Cairo - E  
Registration n° 9377.

العنوان  
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية

**BOTTU SA**

**PPC : 107 DH 00**



3 564300 031258

**LOT**



10012188

2023-03

2026-02

**CETU2037  
CT21814B**

SOLUTION BUVRABLE  
POUR ENFANT

Nez-Gorge

Fitobimbi®

فيتوبامبي®

راحة تنفسية

محلول للشرب  
للأطفال

لتهدئة القصبات  
الهوائية  
وترطيب الحنجرة

نكهة البرتقال



Pharmalife  
RESEARCH



Lot:

A consommer de  
préférence avant le:

230045  
01/2026

PPC: 79,00 DH



بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml  
ألفا أميلاز  
شراب

عن طريق الفم



قارورة  
125 مل



67  
CUIILLÈRE  
À CAFÉ (5 ml)  
3 FOIS/JOUR

CUILLÈRES  
FÉ (10 ml)  
1/JOUR

الصباح



الزوال



المساء



المدة

POLYMÉDIC

بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

40000