

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12583

N°D:

14513

Optique

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUZZINE

ALAA EDDINE

Date de naissance : 26/04/1985

Adresse : LES la perle, 6H ALLY ABIDA, INNA, ANDY  
OUALFA, Casablanca

Tél. : 0661 349 306 Total des frais engagés : 54.0.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. AMSAGUINE BAROUDI  
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE  
140, Bd. Oued Daoura - Casablanca  
Tel. 05 22 20 45 45

Date de consultation : 16/12/2019

Nom et prénom du malade : OUZZINE Mohamed

Age: 15 mois

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Traché App App App

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 : 30/12/2019

Signature de l'adhérent(e) : W. Ouzzine

## 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
15.12.19	Cs	/	2000 DH	DR. AMBASSADEUR PEDIATRE - ALERGOLOGUE 540, Bd. Oued Sousse Casablanca Tél: 05 21 09 89 58

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL QODDUS Dr. Mme DINAR Azzia Lotissement Youssra, Lot 115, Zoubir - CASABLANCA	16/12/15	340,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

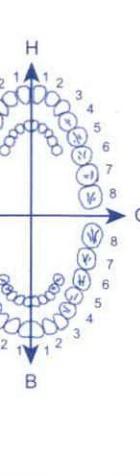
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### 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 la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient des travaux													
				Montants des soins													
				Début d'exécution													
				Fin d'exécution													
	<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient des travaux												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	Montants des soins
		H	25533412	21433552													
			00000000	00000000													
		D	00000000	00000000													
			35533411	11433553													
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis														
			Date de l'exécution														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																	

# Dr. Souâd AMSAGUINE BAROUDI

# الدكتورة سعاد أمسكين بارودي

## PEDIATRE - Allergologue

Spécialiste des Maladies des Enfants et Nourrissons

Diplômée de l'Université de Nancy (France)

Diplômée en Allergologie - Asthme

Ex. Médecin des Hôpitaux de Nancy

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

اختصاصية في أمراض الحساسية

خرسحة جامعة نانسي (فرنسا)

طبية سابقة بمستشفيات نانسي

$T = 340,20$

Enfant OUZZINE Nahmed  
(79.90x2)

Argentum saudi (S) (250mg)

1cc 15ml + 3fl + 8fl (S) (CHARMACE AL QODDOUS  
15ML DINAR Aziza  
Lotissement Youssra, Lot 115,  
CASABLANCA  
Tél: 05.22.93.26.75)

Citopred 20 (S) (30mg)

Eryt M + 5g en poudre  
6 ml en eau de rehydratation

Rhinalgo krolik (S) (100mg)

Polv. nasal 15fl + 1fl (S)

Cutice 5ml (S) (100mg)

1ml + M + 10fl + 10ml (S)

Anirekall 5ml (S) (100mg)

1 dos 25g + 3fl (S) (100mg)

AMSAGUINE BAROUDI  
ALLERGOLOGUE  
522.89.89.58 - Casablanca

# أيبرتيل®

100 ملغ/ملل

باراسيتامول

60 مل محلول للشرب  
عن طريق الفم

APIRETIL®  
Paracétamol 100 mg/ml  
60 ml solution orale



LOT: 13519016  
PER: 06-2021  
PPU: 28,40 DH

# Nasal Hygiene

## Nasen-hygiene

## Neus-hygiëne

## Nosies higienai



With Himalaya salt

Mit Himalaya-Salz

Met Himalaya-zout

Su Himalajų druska



50 ml

inebios  
LABORATOIRES

ISO

50 ml € 89,-

ACL 512 505.4

CN 172327.7

CE  
0459



3 700366 001037

LOT

RHINOLAYA KIDS

Spray Nasal 50ml

Ut.ay :  
Jan / 2022

PPC : 83.50 DH

Lot : 90323

MEDIPRO  
PHARMA



AMM N° 306 DMP/21/NCdP



### Formule :

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 07-22

LOT : I1628



bottu s.a.  
82, Allée des Casuarines - Ain Seba - Casablanca  
Sidi Bouzid - Pharmacien Responsable

# Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV:20DH00

PER: 06/22

LOT: 11462

# Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml



arôme banane



# Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

## PRINCIPE ACTIF :

Dichlorhydrate de Cétirizine : 1 mg / ml

## EXCIPIENTS :

propylène glycol, glycerol,  
parahydroxybenzoate de méthyle,  
parahydroxybenzoate de propyle,  
acétate de sodium, acide acétique,  
saccharine sodique, sorbitol,  
arôme banane...q.s.p un flacon.

Excipients à effet notoire : sorbitol,  
parahydroxybenzoate de méthyle et  
de propyl, propylène glycol et glycerol.

## INDICATIONS :

- Rhinites allergiques saisonnières et perannuelles
- Urticaires
- Conjonctivites allergiques (enfant de plus de 12 ans)

# Curtec®

Cétirizine 1mg / ml  
Solution buvable 60 ml



6 118000 041153



82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN

500mg/62,50mg

**enfant**

poudre pour  
suspension  
buvable  
en sachet

**أو غمنتان**500 ملг / 62,50 ملг  
اموكسيسلين / حمض الكلافولانيك  
مسحوق لمستغنى**12 SACHETS**Voie orale  
عن طريق الفمAUGMENTIN  
500mg/62,50mg  
12 sachets

6 118000 160243

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

500mg/62,50mg

**enfant**

Ne pas laisser à la portée et  
à la vue des enfants.  
Ce médicament peut causer  
des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراعي الأطفال  
هذا الدواء قد يسبب حساسية

Avant toute utilisation, lire  
attentivement la notice.

اقرؤوا النشرة بعناية قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc Ain El  
Aouda, Région de Rabat  
Information médicale :  
GlaxoSmithKline Maroc 42-44  
Angle Bd Rachidi et Rue Abou  
Hamed AlGhazali,  
Casablanca 20 000

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

500mg/62,50mg

**enfant**

..... sachet(s) ..... fois  
par jour à prendre de  
préférence au début des  
repas, pendant .....  
jours.

كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 79,90 DH

LOT : 615268

PER : 05/21





AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN

500mg/62,50mg

**enfant**

poudre pour  
suspension  
buvable  
en sachet

**أو غمنتان**

500 مل. / 62,50 مل.  
اموكسيسلين / حمض الكلافولانيك  
مسحوق لمستغنى

**12 SACHETS**

Voie orale  
عن طريق الفم

AUGMENTIN  
500mg/62,50mg  
12 sachets



6 118000 160243

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
500mg/62,50mg

**enfant**

Ne pas laisser à la portée et  
à la vue des enfants.  
Ce médicament peut causer  
des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراعي الأطفال  
هذا الدواء قد يسبب حساسية

Avant toute utilisation, lire  
attentivement la notice.

اقررو النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc Ain El  
Aouda, Région de Rabat  
Information médicale :  
GlaxoSmithKline Maroc 42-44  
Angle Bd Rachidi et Rue Abou  
Hamed AlGhazali,  
Casablanca 20 000

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
500mg/62,50mg

**enfant**

..... sachet(s) ..... fois  
par jour à prendre de  
préférence au début des  
repas, pendant .....  
jours.

كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 79,90 DH

LOT : 615268

PER : 05/21

