

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

## ditions 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.

## 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.

## 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



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie : N° P19- 0002607

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12583 Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUZZINE SAIFEDDINE Date de naissance : 22/04/1985

Adresse : RES le park, 64 SALKAB'ZA, IMA, ADPR9, OULFA, CAS

Tél. : 0661849306 Total des frais engagés : 440,36 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Dr. Souad AMSAGUINE

PEDIATRE ALLERGOLOGUE

548, Lot Haj Fateh

Tél : 05 22 89 89 52 - INPE : 091011254

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/01/2022

Nom et prénom du malade : OUZZINE SAIFEDDINE Age : 38.10.19

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Trachéobronchite

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 : CAS

Le : 16/03/22

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
01/02/22	C5	/	200 DH	Dr. SOUAD AMSAGUINE PEDIATRE ALLERGOLOGUE 548, Lot Hay Fatch Tél: 05 22 89 89 58 - INPE: 091011254

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAYAD Dr. DERIAZIZA otissement, Youssia, Lot 1 Zoubir CASABLANCA	01/02/22	200 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Souâd AMSAGUINE BAROUDI**

PEDIATRE - ALLERGOLOGUE

Spécialiste des Maladies des Enfants et Nourrissons

Diplômée de l'université de Nancy (France)

Diplômée en Allergologie - Asthme

Ex. Medecin des Hôpitaux de Nancy

**الدكتورة سعاد أمسكين بارودي**

إختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع

إختصاصية في أمراض الحساسية

خريجة جامعة نانسي (فرنسا)

طبيبة سابقة بمستشفى نانسي

Casablanca, le : **17 JAN. 2022**

Enfant OUZZINE SAÏFEDDINE

93,40<sup>0</sup> — Ofiken sup Enfant (tbl) (7S)

1 doz 16 j + 21 j + 8 j

30.00<sup>0</sup> — Belatens poelt (tbl) (7S)

160 poelt + 11 j + 5 j le  
main apr le repas (7S)

24,40<sup>0</sup> — Pivalone poelt nasal (tbl)

Polv. nasale + 3 j + 6 j

Erbus briep (tbl)

2,5 ml + 11 j + 10 j

PHARMACIE MAHMOUD  
Dr. DERIAZIZA  
otissement, Youssia, 1<sup>er</sup>  
Zouhir CASABLANCA  
Tél: 05.22.89.89.58

548, شارع واد الدورة تجزئة الحاج فاتح الطابق الأول الألفة - الدار البيضاء

540, Bd. oued Doura lotissement Haj Fateh 1<sup>er</sup> Etage OULFA - Casablanca

الهاتف : 06.43.59.20.85/05.22.89.89.58

79,90 — Touder Grip (M) — 7s

1480. — Deppren 30 — 7s

1 sup + 5/  
or fresh

Dr. Souad AMSAGUINE  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
54, Lot Haj Faten  
Tél: 05 22 89 89 58 - INPE: 091011254

T: 240, 53.

PHARMACIE MARIAM  
Dr. DERIAZIZA  
Lotissement 'Oussia', O. 10  
Zouhir CASABLANCA  
Tél: 05 22 89 89 58





PPV 12DH80  
PER 06/23  
LOT J1933

# Doliprane®

PARACETAMOL

300 mg



15 à 24 kg

**b**

botu s.a.  
82, Avenue des Champs-Élysées - Courbevoie  
S. Bachmann - Pharmacien Responsable

**DOULEURS  
FIEVRE**

10 SUPPOSITOIRES



21x58x101

Q/N/172/NIR/0  
WMM 91/595/1

**COMPOSITION**  
Paracétamol 300 mg, glycérides hémi-synthétiques solides pour un suppositoire.

**INDICATIONS**

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.  
Cette présentation est en réserve d'environ 15 à 24 kg (soit environ de 4 à 9 ans).

Ille orientivement l'arbutrique "Posologie".

**Doliprane® 300 mg**  
PARACETAMOL  
10 SUPPOSITOIRES



6-118000-040316

**دولبران**  
باراصيطامول  
300 ملغ



24 - 15 كلغ

بوتو س.أ.  
82، شارع الشان-إليز-كوربواي  
S. باخمان - صيدلي مسؤول

**b**

الأوجاع  
الحمى

10 لبيوسيات

**Doliprane®**  
PARACETAMOL  
300 mg



10 SUPPOSITOIRES



# أوفيكين

سيفيكسيم

## COMPOSITION :

Céfixime trihydraté quantité correspondant à  
céfixime .....100 mg  
Excipients.....q.s.p. 5 ml de suspension  
reconstituée.

## EXCIPIENT A EFFETS NOTOIRES :

Saccharose.

## POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET MISES EN GARDE SPECIALES :

Voie orale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

## CONDITIONS DE CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure  
à 25°C.

La durée de conservation de la suspension  
reconstituée est de 10 jours.

OFIKEN 100 mg/5 ml  
Poudre pour suspension buvable  
Flacon de 60 ml

Remboursable AMO



6 118000 022367

**100 ملغ / 5 ملل**  
مسحوق لمعلق للشرب  
**60 ملل** عن طريق الفم



الأطفال



300 جرعة/كغ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بعد	قبل	مساء	منتصف النهار	صباح

سوطيما  
sothema

93,40

# Coquelusédal Paracétamol 250

Toux • Fièvre • Etats grippaux

**ELERTE**

LOT 212888  
EXP 11 24  
PPV 21.50 DH

ENFANTS

12

suppositoires

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250  
12 SUPPOSITOIRES ENFANTS  
Non remboursable



6 118000 020356





بیتقالون 1%<sup>®</sup>  
التيسو كورتون  
مزيج أنفي

074,40

LOT:

PER:

PPV:

pivalone<sup>®</sup> 1% 

Suspension nasale



6 118000 250784

**Composition**

Pivalate de  
tixocortol.....1,000 g  
Excipient q.s.p .... 100 g  
Flacon nébuliseur  
contenant 10 ml de  
suspension



Ne pas laisser  
à la portée des enfants



# بيطاستين

بيطامطازون

# بيطامتين

بيطامطازون 0,05%



## قطرات

عن طريق الفم  
قارورة من فئة 30 ملل  
بقطارة



قارورة من فئة 30 ملل  
محلول للشرب  
عن طريق الفم

LOT : 4927  
UT. AV : 11 - 23  
P.P.V : 30 DH 00

**التركيب :**  
بيطامطازون 0,05 غ  
سواغ كمية كافية لـ 100 ملل  
سواغ ذات تأثير معلوم : سوربتول، سكروز،  
بروبيلين غليكوز  
**اقرأ النشرة بتأني قبل الإستعمال**  
يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدى  
25 درجة مئوية  
يحتفظ بالقارورة في تغليفها الخارجي بعيدا عن  
الضوء

بعد فتح القارورة، يمكن الاحتفاظ بهذا الدواء  
لمدة 8 أسابيع كحد أقصى  
لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال  
هذا الشكل مخصص للرضع و للأطفال

Liste I  
Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites  
إحترم المقادير المعينة

AMM : 213 DMP/21/NNP

Bétastène 0,05%, solution  
buvable, flacon de 30ml

