

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-620078

109440

DR
Praticant

adhérent

carte

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 12569			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	IFRIQVINÉ ISMAÏL
Nom & Prénom : IFRIQVINÉ ISMAÏL		Date de naissance : 27/10/11 1987	
Adresse :			
Tél. : 0661078501		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : IFRIQVINÉ ISMAÏL Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Copoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hypertension			
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 : _____ / _____ / _____

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
24/02/2022	53	20000	INP : 1111111111111111	OUZZANI Idriss Agrégé Pédiatre OUZZANI Idriss Ibrahim

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/02/2022	36710

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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.

	MONTANTS DES SOINS
	DEBUT D'EXECUTION
	FIN D'EXECUTION
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
	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

24.02.2022

الدكتور مكين الوزاني تهامي

أستاذ مبرز

إختصاسي في أمراض الأطفال والرضع
21، زنقة حافظ إبراهيم (شاطئ بريان سبابقا)

كتوي - (مقابل مركز الشرطة الرئيسية)

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)

الدار البيضاء في

Enfant IFRIQUINE Zayna

119,30 x 2



Age : 3 ans 2 mois

Poids : 17,50 Kg

1 OROKEN 100 SIROP

graduation 20, matin et soir par jour pendant 8 jours

2 EFFIPRED SOLUTE BUVABLE

15 ml par jour soit (3 pipettes de 5ml) en une seule prise après repas pendant 05 jours

3 TOUDEX

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

2150



4 COQUELUSEDAL 250 PARACETAMOL

Prendre 1 suppositoire le soir, pendant 5 jours.

5 APIXOL SPRAY GORGE

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

89,50



6 DOLI PEDIATRIQUE

Graduation 20, toutes les 6 heures si température supérieure à 38°

17,50



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 استعمال

مصحة القلب والأطفال - كليفورنيا

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

Apixol®

Spray gorge

Enfants

Poud
Powe
tius

1 Calme l'irritation
et Soulage la douleur
de la gorge

ge.
tez
si

pi

nt
its
lu



8 032578 479683



210513



2024/08

PPC : 89,50 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الرجاء التقيد بالجرعات الموصفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I
دواء بصرف بناء على وصفة طبية - قائمة ا

Titulaire AMM/Détenteur DE /MA

Holder /
الشركةحاملة رخصة التسويق / صاحب مقرر التسويق
sanofi-aventis France

82, avenue Raspail
94250 Gentilly - France

Apixol®
Médicament autorisé
Authorized medicine
دواء مرخص تحت الرقم
n° 34009 3358989 9

Fabricant/Manufacturer/ المصنع :
S.C. Zentiva S.A.

B-dul Theodor Pallady nr.50, sector 3,
Bucureşti, cod 032266 - Romania



3 664798 000313

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Ouled 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH



5 118001 080052

Lot/Batch: ALB02429

Fab./Mfg.: 04 2020

EXP: 03 2022