

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.

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° W21-620078

109440

109440
adhérent

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12569 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IFRIGUINE ISMAIL

Date de naissance : 28/10/1987

Adresse :

Tél. : 0661078501 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : IFRIGUINE ZAYNA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
24/2/2022	59		30000	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

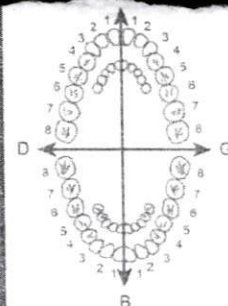
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

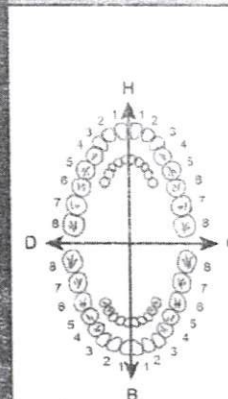
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

24.02.2022

Enfant IFRIQUINE Zayna

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 apres repas pendant 05 jours

3 TOUDEX

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

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.

6 DOLI PEDIATRIQUE

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

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

En cas d'urgence

Clinique Cardiologique et Pédiatrie "CALIFORNIE"

545, Bd. Panoramique - Route de Mekka - Californie

Casablanca - Tél. : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

الدكتور مكين الوزاني تهايمي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

21، زقة 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

بالموعد

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

الدار البيضاء في

في حالة استعجال

مصحة القلب و الأطفال - كليفورنيا

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

Apixol®
Spray gorge

Enfants

À base d'actifs naturels

Calme l'irritation
et Soulage la douleur
de la gorge

Flacon
Pulvérisateur



30ml

MEDIPRO
PHARMA

8 032578 479683

LOT 210513
2024/08

PPC : 89,50 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED

الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة
Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I
دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Titulaire AMM/Détenteur DE /MA
Holder / الشركة حاملة رخصة التسويق / صاحب مقر التسجيل
sanofi-aventis France
82, avenue Raspail
94250 Gentilly- France

8 jours 20

20 sin

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,
București, cod 032266 - Romania

3 664798 000313

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Orcien 100mg/5ml
gr f: 40 ml
P.P.V : 119,30 DH
5 118001 080052

Lot/Batch: ALB02429
Fab./Mfg.: 04 2020
EXP: 03 2022