

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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-620074

119320

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAN

Matricule : 12569 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FRIQUINE ISMAIL

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél. : 12569 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. M. QUAZZANI
Professeur Agrégé Pédiatrie
21, Rue Hachim Ibrahim - Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / 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 : / /

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
06/4/2022	35		300 m	INP : 081111161137

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/4/22	375 m

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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[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 OUZZANI 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)

الدكتور مكين الوزاني تهايمي

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)

Casablanca, le في الدار البيضاء

06.04.2022

Enfant IFRIQUINE Zayna

Age : 3 ans 4 mois

Poids : 18,00 Kg

1 ZECLAR 25 mg/ml glé p susp buv : FI/100ml

Graduation 18 , matin et soir par jour pendant 8 jours.

2 PREDNI 20MG

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 5 jours.

3 FITORAX SIROP

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

4 HIVERNEX SIROP

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

5 PIVALONE 1 % susp nasal : FI doseur 10ml

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

6 APIRETIL SOLUTION BUVABLE

Graduation toutes les 6 heures si température supéri

7 NO DOL FEN SIROP

Graduation 18 , toutes les 6 heures si température supéri

Pr Makine OUZZANI 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

في حالة استعجال

مصلحة القلب و الأطفال - كليفورنيا

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55



مريج انفي
التسكوكوربول
١% ١٠٠٠
٢٤٤٥

LOT:

PER:

PPV:

IDEEMCO

Composition

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



pivalone® 1%

Suspension nasale



6 118000 250784

Ne pas laisser
à la portée des enfants



Défenses - Immunité
Troubles hivernaux

Propriétés :

HIVERNEX[®] est composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour corriger les symptômes hivernaux.

Conseils d'utilisation :

• **Agiter avant utilisation**

- Enfants à partir de 3 ans :
1 à 2 cuillérées à café 3 fois par jour
- Adultes :
1 cuillérée à soupe, 3 fois par jour.

Limites d'utilisation :

- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- Ne remplace pas une alimentation équilibrée.
- Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.
- Déconseillé aux personnes allergiques aux dérivés salicyliques.

LOT 084122/FC2
PER 11/2023
PPC 79,00

N° AUTORISATION ONSSA ES.5.84.15 رقم ترخيص م.و.س.ص.م.غ

N° DA20191802251DMP/20UCA/MAv2

فيتوزاكس®

محلول للشرب

صمغ النحل
+ مستخلصات طبيعية
+ فيتامين C

للصغار

لراحة
المسالك التنفسية
والحنجرة



نكهة الفراولة



مُكوّن من
مستخلصات
طبيعية

200 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479522

Lot : 211041
À consommer
avant le : 01/2025

PPC : 79,90 DH