

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 Anglé 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° W19-433931

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12569 Société : RAM / DDA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TRIQUINE ISMAIL

Date de naissance : 28/12/1987

Adresse :

Tél : 0661078501 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TRIQUINE ZAHRA Age: 11m

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Accident domestique

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 : / /

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 attestant le Paiement des Actes
03/09/19	SS	7	550,00	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/9/19	588,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/09/19	Blaug, RMT	200,00

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins. <input checked="" type="checkbox"/>																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

VOLET ADHÉRENT

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)

الدكتور مكين الوزاني تهامي

أستاذ ميرز

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع
21، زنقة حافظ إبراهيم (شاطوبريان سابقا)

كوتى - (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)

03.09.2019

Casablanca, le

الدار البيضاء في

Enfant IFRIQUINE Zahra

Age : 3 ans 8 mois

Poids : 16.00 Kg

1 BIOMYLASE SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 8 jours

2 VOGALENE SIROP

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 3 jours.

3 FITOBIMBI NEZ GORGE

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

4 APIRETIL SOLUTION BUVABLE

Graduation 15, toutes les 6 heures si température supérieure à 38°

5 PROLACTYS ENFANTS

Dissoudre le contenu du stick dans de l'eau à température ambiante ou dans un yaourt. Prendre un stick par jour pendant 10 jours.

6 VITATINE SIROP 125 ML

Prendre 1 cuillerée à café le matin, avant le repas, pendant 1 mois.

7 AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p ml pdre p susp buv Enf : FI/60ml

Pr Makine OUAZZANI TOUHAMI

Dr. M. OUAZZANI TOUHAMI

Professeur Agrégé Pédiatre

21, Rue Hafid Ibrahim - Casa

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

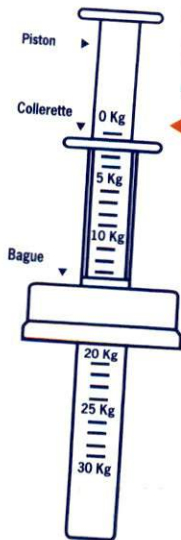
في حالة استعجال

مصحة القلب والأطفال "كليفورنيا"

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN
100mg/12,50mg/1ml



enfant

1 dose-graduation n°
3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas,
pendant jours.

جرعة رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل
قبل الأكل، مدة يوم

PPV: 70.60 DH
LOT: 610840
PER: 10/2020

AUGMENTIN 100mg/12,50mg/1ml
Poudre pour suspension buvable, 60 ml



6 118000 160205

بيوميلاز
200 U.CEIP/ml

49,00

BIOMYLASE® 200 U.CEIP/ml
Sirop 125 ml



6 118000 120742

VOGALÈNE® 0,1%
SOLUTION BUVALE 150ML



6 118000 081050



8 032578 474503

Lot: 180702
A consommer de
préférence avant le: 11/2021
PPC: 79,00 DH

PPV (DH):

28,10

LOT N°:

UT. AV. :

VITATINE®

11 vitamines + Fenugrec

LOT 12640/FC14
02/2022 PPC 77,50

Ramo Pharm

4, rue Al Oukhouane
Beauséjour, Casablanca



N° AUTORISATION ONSSA ES.5.84.15 رقم ترخيص في مجلس هماد

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 تهامي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع
2، 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

بالموعد

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

Casablanca, le 3 P. 2019

الدار البيضاء في

Dr. Makine Touhami

urgent

Dr. Makine Touhami

LA BOUTIQUE
Laboratoires d'Analyses Médicales
122, Bd. Dr. Anta Cherif, Casablanca
Tél: 0522 20 12 94 / 0522 20 36 38

Dr. M. OUZZANI TOUHAMi
Professeur Agrégé Pédiatre
21, Rue Hafid Ibrahim - Casa
Tél: 0522 20 12 94 / 0522 20 36 38

Dr. Makine Touhami
Dr. Makine Touhami
examen

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 استعجال

مصلحة القلب و الأطفال "كليفورنيا"

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca le mardi 15 octobre 2019 Nouveau né IFRIQUINE ZAHRA

FACTURE N°	20779	Des Du 03/10/19		
Analyses :				
Cyto-bactériologie des urines -----		B	140	Total : B-140
TOTAL DOSSIER			200,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cents Dirhams

مستقبل التحاليل
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine
Casablanca - Tél. 05 22 48 13 51 / 05

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Nouveau né IFRIQUINE ZAHRA

Dossier N° : 1958217

Docteur T MAKINE OUAZZANI

Dossier ouvert le : 03/09/19 - Edité le : 04/09/19

Page N° 1/1

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect	:	clair
Couleur	:	jaune
Culot	:	faible

EXAMEN BIOCHIMIQUE

pH	:	5
Corps cétoniques	:	++
Glucose dans les urines	:	Absence.
Albumine	:	Absence.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes	:	20 000	élts/ml	N : < 1 000
Hématies	:	< 1000	élts/ml	N : < 1 000
Cellules épithéliales	:	Rares.		
Cristaux	:	Absence.		
Cylindres	:	Absence.		
Parasites	:	Absence.		
Levures	:	Absence.		

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct	:	Négatif.
Examen après culture	:	cultures stériles après 24 h

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER