

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-828421

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12750

Société :

Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUFIANE HANANE

Date de naissance :

18/06/1987

Adresse :

V. PB 88 Pot Salam I, El jadida

Tél. :

06-61-42-18-50

Total des frais engagés :

522,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/12/2017

Nom et prénom du malade :

EL FATHI HANANE

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vaccination

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous confidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

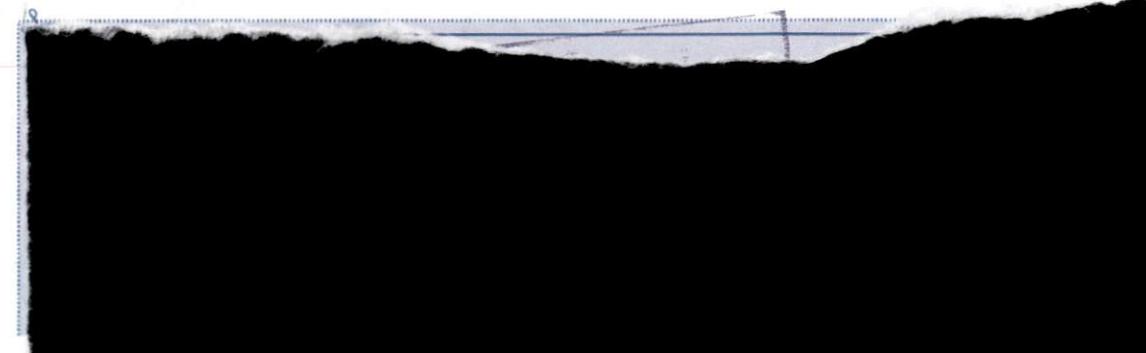
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

El Jadida

Le : 15/12/2017

Signature de l'adhérent(e) :



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
15-01-2011	CS		250,00	INP : 111047932 AZHARI MY

111047932
Dr. EL AZHARI My Larbi
Pediatre
Sous la direction de Dr. El Jadida
25, 35, 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL KOUASSEM Docteur Cham, Mv. Mehdi		272,30

Cachet du Pharmacien
ou du Fourmeleur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

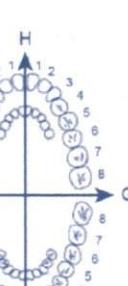
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL AZHARI My Larbi

Spécialiste en Pédiatrie

Ex. Pédiatre à l'Hôpital d'Enfants
au C.H.U. de Casablanca



Ex. Médecin - Chef du Service de Pédiatrie
à l'Hôpital Mohamed V d'El Jadida

122, Av. Abou Chouaïb Doukkali - El JADIDA
Tél. & Fax : 05 23 35 35 55

الدكتور الأزهري مولاي العربي
اختصاصي في طب الأطفال والرضع

طبيب بمستشفى الأطفال (ابن رشد)
بالمركز الصحي الجامعي بالبيضاء - سابقاً.

رئيس قسم طب الأطفال بمستشفى
محمد الخامس بالجديدة - سابقاً.

شارع أبو شعيب الدكالي - الجديدة
الهاتف والفاكس : 05 23 35 35 55

El Jadida, le ٢٥ جانفي ٢٠٢٤ الجديدة، في:

Note d'historique

From de la consultation

en cas de l'enfant

El Pathemy Tajmine =

26,00 m (deux cent
sixante mètres)

Dr. EL AZHARI My Larbi
Pédiatre
122 Avenue Bouchra Doukkali-El Jadida
Tél : 05 23 35 35 55

06.61.19.28.55 المتنقل :

En cas d'urgence

في حالة الاستعجال

GSM : 06.61.19.28.55

Docteur EL AZHARI My Larbi

Spécialiste en Pédiatrie

Ex. Pédiatre à l'Hôpital d'Enfants
au C.H.U. de Casablanca



Ex. Médecin - Chef du Service de Pédiatrie
à l'Hôpital Mohamed V d'El Jadida

122, Av. Abou Chouaïb Doukkali - El JADIDA
Tél. & Fax : 05 23 35 35 55

الدكتور الأزهري مولاي العربي
اختصاصي في طب الأطفال والرضع

طبيب مستشفى الأطفال (ابن رشد)
بالمركز الصحي الجامعي بالبيضاء - سابقاً .

رئيس قسم طب الأطفال مستشفى
محمد الخامس بالجديدة - سابقاً .

شارع أبو شعيب الدكالي - الجديدة
الهاتف والفاكس : 122
05 23 35 35 55

El Jadida, le 15 Jan 2021 الجديدة، في:

El Fathemy Jasmin

133,20

Dr.



93,40

of keh for effort

22,00

- Alg. stel doc 20 + 20



17,70

Pharmacie
EL KOUASSEM

Docteur
My Larbi

Dr. EL AZHARI My Larbi
Pédiatre
122 Avenue Bouchaïb Doukkali-El Jadida
Tel. 05 23 35 35 55



272,30

15 them, My Mhd
120 20

15 + 2

المتنقل: 06.61.19.28.55

في حالة الاستعجال

En cas d'urgence

GSM : 06.61.19.28.55

Priorix



Measles, mumps and rubella vaccine

Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection

Poudre et solvant pour solution injectable

Polvo y solvente para solución inyectable

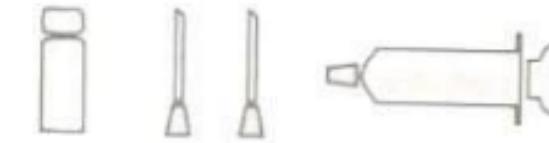
Subcutaneous use or intramuscular use

Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire

Vía subcutánea o vía intramuscular

ID:652283

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139,20 DH
6 118001 140923



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles

1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles

1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

1 dose/dosis (0.5 ml)



Trademarks owned or licensed by GSK

©2019 GSK or licensor



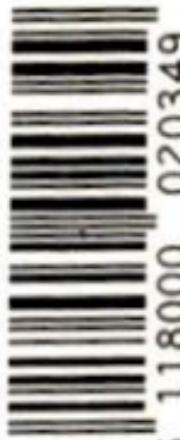
كولوسيدال® باراسيتامول 100 ملغ

رضع
12
تحميلة
استعمال شرجي

سعال • أنفلونزا

لطفلك
نوم
نزلات
برد
جي

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 100 mg
NOUVRISSEMENTS - 12 SUPPOSITOIRES
AMM N° 4919/DMP/21/IRROONIM



6 118000 020349

ELERTE

Suspension buvable pédiatrique

150 ml

Excipient
reconstituée.

EXCIPIENT A EFFETS NOTOIRE :
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

05/19
IMPRIMEPEL

أوفيكيين®

سيفيكسيم

100 ملخ \ 5 ملل

مسحوق معلق للشرب

60 ملل عن طريق الفم

الأطفال



جرعة/ كلغ 300



المدة صباح النهار منتصف مسأء قبل بعد



سوطاما
sothema

93,40

