

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.

Pathologie 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.

Prothèse :

- 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

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



ND: 37 228

Déclaration de Maladie : N° P19-0015250

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8740 Société : R.A.D.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KOUCH CHAIOB Date de naissance : 18/12/66
 Adresse : 145 Lot BELLE VUE Sidi Maarouf Casablanca
 Tél. : 0662458542 Total des frais engagés : 436,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : BELMOKHTAR D.F. / Néo-Natologue
 Sidi Maarouf Al Moustakbal GH 1B - 1er Etage - Casablanca
 Tél. : 05 22 58 07 07
 Date de consultation : 01/07/2020
 Nom et prénom du malade : KOUCH CHAIOB
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : VACCINE
 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 : CASABLANCA Le : 01/07/2020
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
12/10	G		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL FATIR Mme. KETTANI Amel Docteur en Pharmacie Hay Mohammadi N°11 2 Rue Sannaji N°3, Casablanca, Tel. 0522 63 97 23 INP: 092062314	11/10/2020	186,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

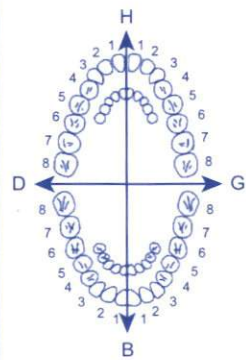
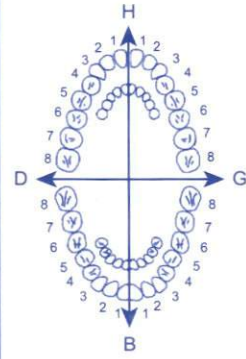
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				Coefficient DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX	
	(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

Docteur BELMOKHTAR Fouzia

Pédiatre / Neo-natologue

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

Ex-Pédiatre des Hôpitaux de Montpellier

Ex-Pédiatre de la Polyclinique CNSS Hay Hassani

الدكتورة بلمختار فوزية

اختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع

خريجة كلية الطب بمونبولي فرنسا

طبيبة سابقة بمستشفيات مونبولي

طبيبة سابقة بمصحة الضمان

الإجتماعي حي الحسني

Casablanca, le : 1.7.2020 الدار البيضاء في

Nore el de M

186; 50

NAVREX mel



PHARMACIE AL FATHIA
Mme KETTANI ALI
Docteur en Pharmacie
Hay Mohammadi Khalid 2 Rue Sahnaja
N°3 Casablanca Tél: 0522 55 0723

Dr F. BELMOKHTAR
Pédiatre / Neo-Natologue
Sidi Maârouf Al Mostakbal
1B, 1^{er} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 58 07 07

HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

Titulaire/Exploitant : Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

Vaccin de l'hépatite A (inactivé, adsorbé)

Suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml)

Voie intramusculaire

HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

Composition : 1 dose (0,5ml) contient :
Virus de l'hépatite A, souche HM 175 (inactivé)^{1,2} 720 U*

¹ produit sur cellules diploïdes humaines (MRC-5)

² adsorbé sur hydroxyde d'aluminium (0,25 mg Al³⁺)

* unités mesurées selon la méthode interne du fabricant.

Excipients : Polysorbate 20, acides aminés, phosphate disodique, phosphate monopotassique, chlorure de sodium, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables.

HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

Après ouverture : le produit doit être utilisé immédiatement.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver au réfrigérateur
(entre + 2°C et + 8°C).

Ne pas congeler.

A conserver dans
l'emballage extérieur
d'origine à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants.



ID : 644409

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV : 186 90 DH

