

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0015250

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8740

Société : RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KOUCH CHAIB

Date de naissance : 18/12/66

Adresse : 17145 lot BELLEVUE sidi Maârouf casablanca

Tél. : 0661455145

Taux des frais engagés : 436,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

19 AOUT 2020  
Dr F. BELMOKHTAR  
Néo-Natalogue  
Pédiatre  
sidi Maârouf Al Moustakbal  
GHIB, 2<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Tel : 05 22 58 07 07

Cachet du médecin

ACCUEIL

Date de consultation : 01/07/2020

Nom et prénom du malade : K. Debel Riad

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

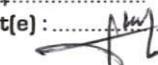
Nature de la maladie : vacée

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 06/07/2020

## 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
11.12.10	(2)		250 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL FATIH Mme. KETTANI Amal Docteur en Pharmacie Hay Mohammed Al Khail 2 Rue Sannaji N°3. Casablanca. Tel.0522 63-97-23 INP.092062314.	01/07/2020	186,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

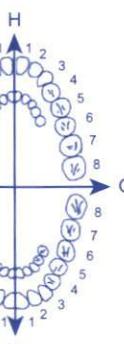
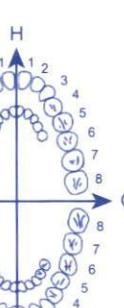
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
		<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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'EXÉCUTION**

**Docteur BELMOKHTAR Fouzia**  
**Pédiatre / Neo-natalogue**

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier  
Ex-Pédiatre des Hôpitaux de Montpellier  
Ex-Pédiatre de la Polyclinique CNSS Hay Hassani

**الدكتورة بلمخطار فوزية**  
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع  
خريجة كلية الطب بمونبولي فرنسا  
طبيبة سابقة بمستشفيات مونبولي  
طبيبة سابقة بمصحة الضمان  
الإجتماعي حي الحسني

Casablanca, le : 12.10.20

*Nouvel M*

186,00

*NAVRÉA MEL*



*PHARMACIE AL FATHIA*  
Mme KETTANI Aïcha  
Docteur en Pharmacie  
Hay Mohammadi Khalid Rue Jamaja  
N°3 Casablanca Tel: 0522 55 0723

*Dr F. BELMOKHTAR*  
*Pédiatre / Neo-natalogue*  
*Sidi Maârouf 1<sup>er</sup> Etage*  
*Tél. : 0522 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

gsk

# 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

# 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 : 644408

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 186 90 DH

6 118001 140619