

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Éducation :**

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**

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *12615*

Société : *Royal Air Maroc*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *MAKHSOUD Saïd*

Date de naissance : *26.11.1986*

Adresse : *N° 40 Tassismout Sidi Mâarouf El Rachidia*

Tél. : *0663199574*

Total des frais engagés : *1180,80*

Dhs

### Cadre réservé au Médecin Dr. Mohamed EL-HOUARI

**PEDIATRE**  
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris  
75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca  
Tél. 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18

Cachet du médecin :

Date de consultation : *30 AOÛT 2021*

Nom et prénom du malade : *Maâd Souhaïda* Age : *26.08.2000*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Toux Hépatite cholestérol*

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 : *Capitainerie*

Signature de l'adhérent(e) : *Saïd*

Le : *30 AOÛT 2021*

## **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
30 AOUT 2021	O	1	300.00	Dr. Mohamed EL-HOUARI PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris 75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca Tél: 05 22 99 57 38 - 05 22 99 57 39

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
O PHARMACIE ALIA Dr BENCHEROUN DIA 83, Bd Massira Al Khaïr Tél 05 22 25 79 28 - Casab	20/03/21	1180,80

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

4ÈME 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIBLES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور محمد الهواري  
خريج كلية الطب بباريز  
اختصاصي في أمراض الأطفال  
أمراض التسمم وبحث الأدوية  
أمراض الربو للأطفال  
عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال  
بالموعود

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

30 AOUT 2021

91,70 - Dolipran 150 mg t.i.d toutes les 6 heures  
en cas de fièvre à 38° ou plus

20,90 - VIT D 3 200 000 I ampoule à faire boire

251,20 - Singulair 4 up -  
à souffler le

139,20 - Imonix

760,00 - Pravastatin 13

1189,80



0522 99 57 38 / 0522 99 57 39 - الدار البيضاء الهاتف : العيادة : 75 شارع مسيرة الخادرة - ماسيراء الخادرة 38 - 83 - 85 22 99 57 38

Dr. MOHAMED EL-HOUARI  
DIATRE  
Spécialité d'Allergie de la Faculté de Paris  
83, Bd Massira Al Khadra-Casablanca

75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40



BATCH MAN 1120

HP407 EXP 1024

## Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

النقد بحسب المعدلات الموصى بها

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/  
بصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

**ZENITH Pharma**

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /  
صاحب مقرر التسجيل / MA holder

**BOUCHARA-RECORDATI**  
GROUP

70, avenue du Général de Gaulle  
92800 PUTEAUX - FRANCE  
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPT PHARMA  
1, rue Comte de Sinard  
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Un sachet de granulés contient 4 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.

Voie orale.

Lire la notice avant utilisation.

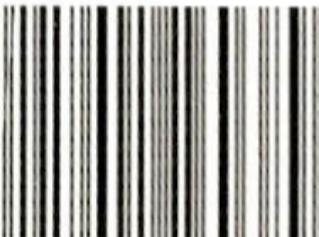
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Distribué par MSD Maroc

P.P.V : 251,00 DH



6 118001 160389 >



SINGULAIR® 4 mg granulés

AMM 407/18 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

24 000 El Jadida, Maroc

BP 35

Km 0.500, Route de Oualidia

Laboratoires Pfizer S.A.

Pfizer 13

Fabricant responsable de la libération des lots :  
Wyeth Pharmaceuticals  
New LaneHavant  
Hampshire, PO9 2NG  
Royaume-Uni

Pfizer Manufacturing Belgium N.V.  
Rijksweg 12  
B-2870 Puurs  
Belgique

PREVENAR 13 SUSP INJ

P.P.V : 760DH00



6 118001 171057

Laboratoires  
*pfi*zer  
S.A.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



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: 646637  
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