

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5419

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Moussafir

RACHID

Date de naissance : 14/04/1971

Adresse : Golf City  
Bankoura

Ville 346 quartier 19

Tél. : 0663441499

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. LAHLOU AHMED  
INP : 91088930  
903 AV 2 Mars Casablanca  
tel: 05 22 52 62 62*

Date de consultation : 18/10/2017

Nom et prénom du malade : Moussafir RACHID

Age : 46

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 18/10/2017

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### 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
18/10/21	CS	7	250	DR. LAHLOU AHMED PEDIATRE INP : 91088930 02. AV. 2 Mars Casablanca Tél: 0522 21 40 32/54

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL INARA Dr. LARABI SOUALI Naima Docteur En Pharmacie Tél: 0522 21 40 32/54	18/10/21	52,40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

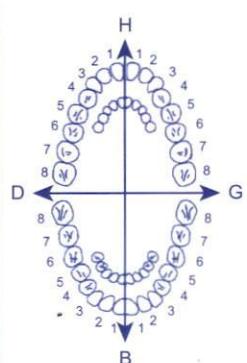
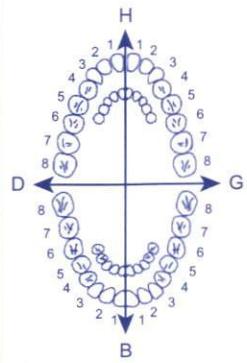
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	D	
		D 00000000   00000000 35533411   11433553	G	
		B		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# Docteur Ahmed LAHLOU

## Pédiatre

Ancien Chef de Clinique  
du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)  
Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale  
Echographie Pédiatrique



# الدكتور أحمد لحلو

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتنفس

Casablanca, le ..... 18/10/2021 ..... الدار البيضاء، في

## MOUSSAFIR FAHD

9.00  
Cristal (1 boite)  
1 suppo /j si constipation  
8.60  
Doliprane 100 (1 boite)  
1/2 suppo x 4 /j si fièvre  
24.80  
Engerix B 10 (1 boite)

S.V.  
S.V.  
S.V.

Dr. LAHLOU AHMED  
INP : 91088930  
903, Av. 2 Mars Casablanca  
Tél : 05 22 52 62 63



# Engerix™ B 10

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 74,80 DH

ant /

- 6 118001 140244



Suspension for injection :

intramuscular use

Suspension injectable :

voie intramusculaire

Suspensión inyectable :

via intramuscular

1 dose/dosis (0,5 ml)

Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle

Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille

Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja

LOT/MFD/EXP:

04-2023 05-2020  
HBVC950AL

rDNA hepatitis B vaccine  
Vaccin contre l'hépatite B ADNr  
Vacuna antihepatitis B ADNr

# Doliprane®

PARACETAMOL

100 mg

10 SUPPOSITOIRES SECABLES

V P D H 6 0  
R E 6 7 2 3  
L E S T J 1 9 5 1



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

DOULEURS  
FIEVRE

10 SUPPOSITOIRES SECABLES