

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Données générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

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° M21- 0039266

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

*Medicament
autres*

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9419*

Société : *Rim*

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *MOUSSAFIR*

Rachid

Date de naissance : *14/02/1981*

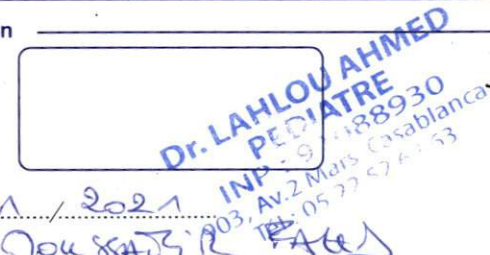
Adresse : *Golf City Villa 346 quartier 19 Eschiguen*
Raoukoura

Tél. : *0663441499*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *08/11/2021*

Nom et prénom du malade : *MOUSSAFIR*

Age : *2*

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : *Phlébo - vaa*

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*

Le : *08/11/21*

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
08/11/21	C8	1	250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/21	890,6

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

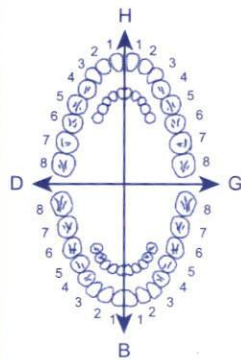
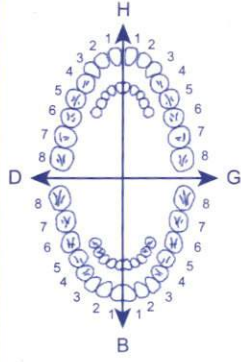
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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 Ahmed LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لحو

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقا بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le 08/11/2021 في الدار البيضاء ،

MOUSSAFIR FAHD

Nursie AR 1er age

139.00
Kolicare

5 gouttes le matin avec la tétée

Marimer Baby spray hygiène nasale (1 boîte)

4 à 6 x/j

80.00
Mouche bébé

41.00
Hexaxim (1 dose)

212.00
Rotarix (1 dose)

86.00
Doliprane 100 (1 boîte)
1 suppo x 4 /j si fièvre

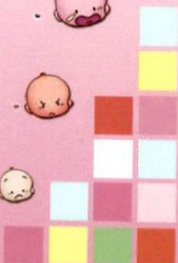
صيدلية الانارة
Pharmacie AL INARA
Mme LARAÏBI SOUALI Naima
Docteur En Pharmacie
921 923 Ed 2 Mars Casa
Tél 0522 21 52 54

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

890.60
903, شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - المزمول : 06.61.19.62.60
903, avenue 2 Mars, 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60

- INP 91088930 -

KOLICARE®



AGITER AVANT UTILISATION



**PROMOPLUS
HARMA**

Distribué par :

Promoplus Pharma.

Hay Raja 2 N° 100 - 3^{ème} étage

BP 401 - Had Soualem. Maroc

Autorisation DMP N° :

DA20161512187DMP/20UCA/v1

Autorisation ONSSA N° : ES.5.378.17

12 01 46 -3

Numéro de lot :

FB002

A consommer avant :

09/2022

Promoplus Pharma

PPC - 139,00 Dh



Ready to use/ No reconstitution required
Prêt à l'emploi/ Aucune reconstitution nécessaire
Listo para su uso/ No necesita reconstitución

F

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:252,00 DH



Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral

Rotav

ID:647442



/ Vacuna contra rotavirus

Pediatric use/ usage pédiatrique/ uso pediátrico

Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte

Oral use
Voie orale
Via oral

1 dose/dosis (1.5 ml)
1 oral applicator
1 applicateur pour
administration orale
1 aplicador oral

1 dose/ dosis (1.5 ml) contains/ contient/ contiene:

Live attenuated human rotavirus RIX4414 strain: not less than $10^{6.0}$ CCID₅₀/ Souche RIX4414 de rotavirus humain vivant atténué : pas moins de $10^{6.0}$ DICC₅₀/ Rotavirus vivos atenuados humanos, cepa RIX4414: no menos de $10^{6.0}$ DICC₅₀

Excipient(s): sucrose/ saccharose/ sacarosa, di-sodium adipate/ adipate de sodium/ adipato disódico, Dulbecco's Modified Eagle Medium/ Milieu d'Eagle modifié par Dulbecco/ Medio de Eagle Modificado por Dulbecco (DMEM), sterile water/ eau stérile/ agua estéril



Ready to use/ No reconstitution required
Prêt à l'emploi/ Aucune reconstitution nécessaire
Listo para su uso/ No necesita reconstitución

Rota

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus/ Vacuna contra rotavirus
Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte

Oral use
Voie orale
Via oral

1 dose/dosis (1.5 ml)
1 oral applicator
1 applicateur pour
administration orale
1 aplicador oral

Una dosis (0,5 ml) contiene:

- Toxide difterico ≥ 20 UI
- Toxide tetánico ≥ 40 UI
- Antígenos de *Bordetella pertussis*
Toxide pertussis/ Hemagglutina filamentosa 25/25 mcg
- Poliovirus (inactivado) tipos 1/2/3 40/8/32 UI
- Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B 10 mcg
- Polisacárido de *Haemophilus influenzae* tipo b 12 mcg

conjugado con proteína alumina. 22-36 mg

1. Adsorbida en hidróxido de aluminio, hidratado (0,6 mg Al³⁺)

Lista de excipientes:

Hidrogenofosfato de sodio, dihidrogenofosfato de potasio, trometamol, sacarosa, aminoácidos esenciales incluyendo L-fenilalanina, hidróxido de sodio y/o ácido acético y/o ácido clorhídrico (para ajuste del pH), agua para inyectables.

Agitar antes de usar.

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños. **Conservar en nevera (2°C a 8°C). No congelar.** Conservar el envase en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.

Sanofi Pasteur

14 Espace Henry Vallee - 69007 Lyon - France/Francia



MANUE: 09082019

LOT: TM308V

EXP/CD: 07-2022

PC/GTN: 03664798014143

SN: 136T2WV6MHD4V9



Une dose¹ (0,5 ml) contient :

- Anatoxine diphtérique ≥ 20 UI
- Anatoxine tétanique ≥ 40 UI
- Antígenos de *Bordetella pertussis*:
Anatoxine pertussique/Hémagglutinine filamentosa 25/25 mcg
- Virus poliomyélitique (Inactivé) Types 1/2/3 40/8/32 Unidades d'antígeno D

- Antigène de surface de l'hépatite B 10 µg
- Polyoside d'*Haemophilus influenzae* type b 12 µg
- conjugué à la protéine tétanique 22-36 µg
- ¹ Adsorbée sur hydroxyde d'aluminium, hydraté (0,6 mg Al³⁺)

Liste des excipients

Phosphate disodique, phosphate monopotassique, trometamol, saccharose, acides aminés essentiels dont la L-phénylalanine, hydroxyde de sodium et/ou acide

acétique et/ou acide chlorhydrique (pour ajustement du pH), eau pour préparations injectables.

Agiter avant utilisation.

Lire la notice avant utilisation.

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

À conserver au réfrigérateur (2°C à 8°C).

Ne pas congeler.

Conservar el vaccin dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

Hexaxim

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2
AIG SP
P.F.V: 411,00 DH



adsorbida

siringue préremplie / Suspension for injection in pre-filled syringe / jeringa prellenada

que, coquelucheux (acellulaire, multicomposé), de l'hépatite B (ADNr), et conjugué de l'*Haemophilus influenzae* type b, adsorbé (acellular, component), hepatitis B (rDNA), poliomyelitis (*polio influenzae* type b conjugate vaccine (adsorbed)

el tétanos, la tos ferina (acelular, compuesta), la hepatitis B (ADN inactivado), la poliomyelitis (inactivada), y *Haemophilus influenzae* de tipo b (conjugada),

- 1 siringue préremplie (0,5 ml) avec 2 aiguilles
- 1 pre-filled syringe (0,5 ml) with 2 needles
- 1 jeringa prellenada (0,5 ml) con 2 agujas



DTaP-IPV-HB-Hib

**Voie intramusculaire
Intramuscular use
Vía intramuscular**

SANOFI PASTEUR