

# 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.

## Radiologie 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.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-678795

OK phone ✓

### Maladie

### Dentaire

### Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11659

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ISSAM ZIADI

Date de naissance :

19.03.1989

Adresse :

Avenue sophora, Rue Atif, Bloc G2, secteur 21,  
Hay Riad, Rabat

Tél. :

06 69 24 34 02

Total des frais engagés :

863,00 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/12/2021

Nom et prénom du malade :

ISSAM ZIADI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

ISSAM

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'adhérent et au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 20/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

# 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
25/12/2021	CD	1	250 (HTM)	DR. KHALED AL MANSOORI Signature : Dr. Khaled Al Mansoori N° de l'ordre : 016153490061 Date : 25/12/2021

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. KHALED AL MANSOORI	25/12/2021	663 HTM

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

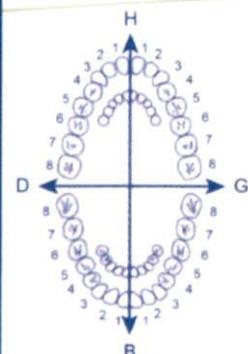
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

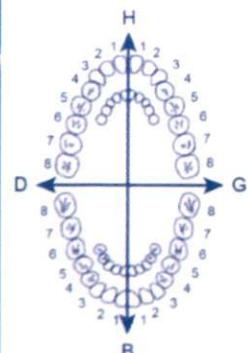
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Dr KHYARI Hinde**

Spécialiste en Pédiatrie

Néonatalogie - Réanimation Néonatale

Consultation homéopathique

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Ancienne interne du CHU Ibn Sina Rabat

Praticienne hospitalière à l'Hopital Universitaire Cheikh Zaid

Cabinet de Pédiatrie



PHARMACIE BELMAHI

سociété بن المصطفى

Dr Hanane EL HARIM (ép. BELMAHI)

1, Rue Tonkin, Av. Madagascar

Djouj Jemaa-Rabat - Tél: 05 37 72 26 50

INPE: 1020244552

الدكتورة هند الخيري

أخصائية في طب الأطفال

والرضع وحديثي الولادة

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة بالمستشفى الجامعي شيخ زايد

Rabat Le : 20/12/2021.

T. 66310

Ramy Zaidi

411,00

① Hexazine

252,00

110,00

② Rotexim

110,00

③ Diphenhydramine

½ rép 160 mg 0,130

④ Sore Throat loz 4%:

I salt w Flu

⑤ Polkiss gel 1 ml x 3 j pdly

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

118001 082063

Dr. KHYARI ,  
Pédiatre - Néonatalogus  
INPE: 101164119  
ICE: 001614534000061  
Tél: 05 37 71 00 93

496023

Keep out of the sight and reach of children  
A conserver hors de la vue et de la portée des enfants  
Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños  
Medicinal product subject to medical prescription  
Produit médicamenteux soumis à prescription médicale  
Producto medicinal sujeto a prescripción médica

Read the package leaflet before use  
Consulter la notice avant utilisation  
Antes de usar, leer el instructivo anexo  
Protect from light  
A conserver à l'abri de la lumière  
Proteger de la luz

Storage/ Cons.: 2°C - 8°C  
Do not freeze  
Ne pas congeler  
No congelar

20

Oral use  
Voie orale  
Via oral

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

A2  
42x24x133

LOT/MFD/EXP:

AROLC80BC

03-2020

02-2023

Oral use  
Voie orale  
Via oral

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

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

# Rotarix

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus/ Vacuna contra rotavirus

Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

**Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte**

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

Live attenuated human rotavirus RIX4414 strain: not less than 10<sup>6.0</sup> CCID<sub>50</sub>/ Souche RIX4414 de rotavirus humain vivant atténué : pas moins de 10<sup>6.0</sup> DICC<sub>50</sub>/ Rotavirus vivos atenuados humanos, cepa RIX4414: no menos de 10<sup>6.0</sup> DICC<sub>50</sub>

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

**G**laxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 252,00 DH

ID: 647442  
Rotarix  
6 118001 142323

Vacuna contra rotavirus  
pediátrico

**Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte**



GlaxoSmithKline Biologicals s.a. - Rue de l'Institut 89  
B-1330 Brussels, Belgium/Belgique/Bélgica  
© 2018 GSK or licensor  
Trade marks owned or licensed by GSK

**Rota**rix

