

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

**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



DECLARATION DE REMBOURSEMENT

N° W21-716418

190507

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12938

Société :

RAM  
ACTY

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06 39 19 34 86

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR N. ZAHER  
**PEDIATRE**  
Résidence El Walida  
199, Bd Bir Anzarane  
Tél: 0522 25 55 24 - Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Ben Youssef Ismail

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Jointure

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
AS/6/22	S	...	...	INP : A3A125856 DOCTEUR ZAHEER PEDIATRE El Walida

DOCTEUR N. ZAHEER  
PEDIATRE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JNANE CALIFORNIE Dr. FALAH Youssef 10 Pictet Teedad Drs Lina Choua Lane California 11.12 - Casablanca 0522 87 11 12 - 0525 15 12 67 8000	16/6/2022	057.-.e.

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICALS

**RELEVE DES FRAIS ET H**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de tra

Lot:  
A consommer de  
préférence avant le: 02/2025

PPC: 84,00 D

02/2025

LOT:0371G045 0700S402  
EXP.:MAY 2023 NOV.2024

Sterogyl® 15 "H" 1 ampoule de 1,5 ml  
600 000 UI/1,5 ml  
Solution injectable LM. O  
PPV : 13.00 OH AMM N° 44676 DMP/21/NRQ  
6 118000 021254

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# عيادة طب الأطفال

Docteur Noureddine ZAHER  
PEDIATRE

Lauréat de la Faculté de Nantes (France)

## Urgences et Réanimation Néonatale

Ex Assistant Allergologie et Asthme

Infantiles Hôpital Saint-Nazaire (France)

Ancien Attaché aux Urgences Pédiatriques  
et Néonatalogie - CHU - Nantes

Diplôme Universitaire Réanimation et Urgences  
Pédiatriques Faculté de Rennes (France)

الدكتور نور الدين الزاهر

اختصاصي في أمراض الطفل وإنعاش المولود

خريج كلية الطب ببنانط (فرنسا)

## تشخيص أمراض الحساسية والضيق

مساعد قسم الحساسية والضيق لدى الأطفال  
بمستشفى سانزير (فرنسا)

ملحق سابقاً بمستعجلات الأطفال والمولود  
بالمركز الجامعي بنانط

دبلوم جامعي للمستعجلات وإنعاش الأطفال  
كلية الطب بربن (فرنسا)

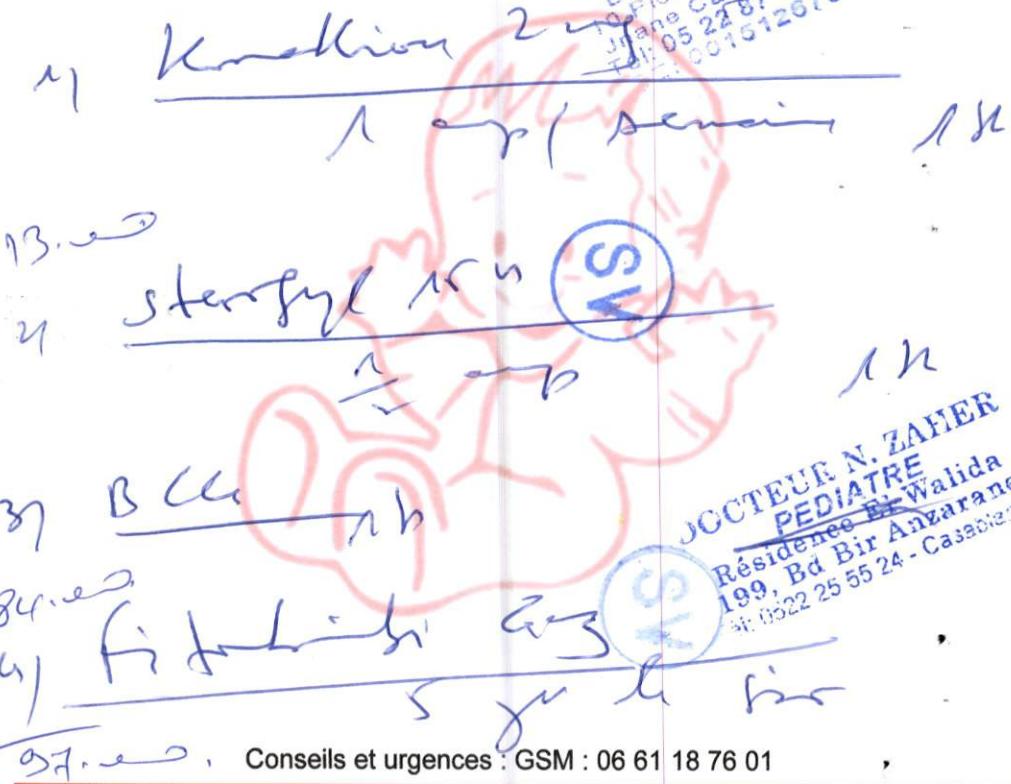
BENCHERIF Ryad

Smaïl

Casa, le :

15/6/22

PHARMACIE JANE CALIFORNIE  
Dr. FALAH Youssef  
10cste Taddart Res Lina  
Jane California Ain Chog  
Tél: 05 22 87 41 12 Casa  
001512678000029



DOCTEUR N. ZAHER  
PEDIATRE  
Résidence El Walida  
199, Bd Bir Anzarane  
tél: 0522 25 55 24 - Casablanca

اقامة الوالدة، 199 شارع بئر انزاران، الطابق الأول رقم 4 (أمام إقامة خريبكة) - البيضاء - الهاتف :

Rés. El walida, 199 Bd Bir Anzarane, 1er étage N°4 Juste à côté de la Grillardière - Casablanca

# Konakion® MM paediatric

Phytoménadione

2 mg oral/i.m./i.v.

For oral use or i.m./i.v. injection

For paediatric use

Medicine: keep out of reach of children

Dosage and administration: see package insert

Do not store above 25 °C.

Protect from light

Do not use if the solution is turbid

**Pour usage oral ou injection i.m./i.v.**

Pour usage pédiatrique

Médicament: tenir hors de la portée des enfants

Posologie et emploi: voir notice

d'emballage

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C et à l'abri de la lumière

Ne pas utiliser si la solution est trouble

1 ampoule = 0,2 ml =  
2 mg phytomenadione (vitamine K<sub>1</sub>)



5 ampoules de 0,2 ml



4 260095 681805

1 flacon flacon pédiatique 5ml  
Néphro - Diurétique osmique

1 ml

Bois, 1