

# 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

- 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) *RAM 143264*

Matricule : *0119*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Moussafir Rachid*

Date de naissance : *14/02/1971*

Adresse : *Villa 326 Golf City Ennasra*

Bouskoura

Tél. : *0663441499*

Total des frais engagés : *Dhs*

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin : *0 JAN 2013*

Date de consultation : *29/12/22*

Nom et prénom du malade : *Rouamir Rachid*

Age : *1829127*

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Uvee*

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 : *Clara*

Le *29/12/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *Ali*

### 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
29/11/22	CS	1	250	Dr. LAHLOU AHMED INP 903 N° 191088930 19 Mars Casablanca 903 N° 191088930 29/11/22 02/12/22

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. LAHLOU AHMED INP 903 N° 191088930 19 Mars Casablanca 903 N° 191088930 29/11/22 02/12/22	29/11/22	6542

### 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	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

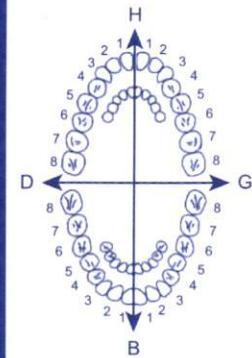
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

### ODF PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS	MONTANTS DES SOINS

#### DATE DU DEVIS

#### DATE DE 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 لحلو

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب اختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلغاز

الدار البيضاء في Casablanca, le ..... 29/12/2022 ..... الدار البيضاء في

MOUSSAFIR FAHD

496 ⚡  
Synflorix (1 boite)  
Augmentin E  
dose 13 kg x 3/j pendant 7j  
1283 ⚡  
Doli Pédiatrique (1 flacon)  
Dose 13 kg x 4/j si fièvre  
654 ⚡



Doli Pédiatrique Paracetamol  
Pharmacie AL INARA  
Mme LARABI Soualli Name  
Docteur En Pharmacie Casa  
921 923 Bd 2 Mars 321 54  
Tél 0522 21 40 32 54

Dr. LAHLOU AHMED  
INP : 91088930  
903 Av. 2 Mars Casablanca  
95 05 22 52 13

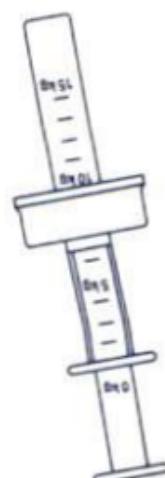
Poudre pour suspension  
buvable en flacon

## NOURRISSON

100mg/12,50mg/1ml

# AUGMENTIN

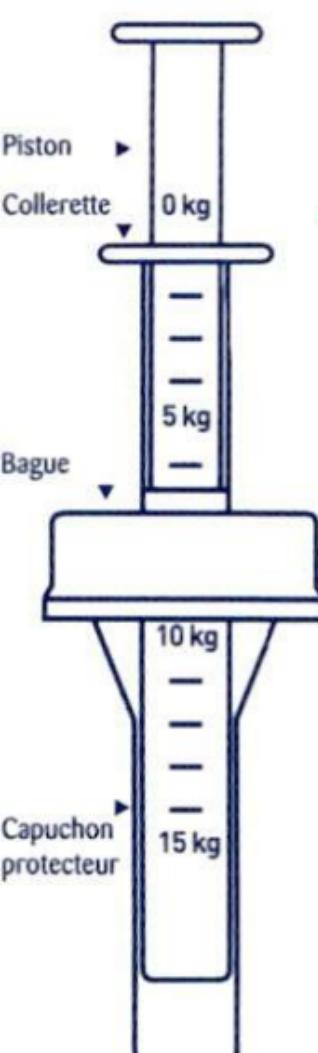
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



## nourrisson

◀ 1 dose-graduation n° .....  
3 fois/jour, à prendre de  
préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

جرعة رقم ..... 3 مرات في اليوم، من الأفضل  
قبل الأكل، مدة ..... يوم

PPV: 39,10 DH  
LOT: 648466  
PER: 10/2023

**Liste I. Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

Lot/ EXP.

ASPKB3228D

09-2024

# Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie

Vaccin pneumococcique polyosidique conjugué (adsorbé)

1 dose (0,5 ml)  
1 seringue préremplie + 1 aiguille  
Voie intramusculaire

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 496,00 DH  
6 649683  
6 118001 142392

gsk