

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9419

Société : 243196

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Moussafir

RACHID

Date de naissance : 14/07/1971

Adresse : VILLA 346

Ville verte golf city

Tél. : 0663 441499

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/22

Nom et prénom du malade : Aou Saffir Rashed Age : 18 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : sté - Bronchite  Enfant

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 : Carap

Le 16/12/22

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
16/12/22	C	1	G	<i>Dr. LATHLOUAD M</i> INF PEDIATRE 9031 Av. 2 Mai Casablanca 9031 Av. 2 Mai Casablanca 05255263

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. MOUMANE M</i>	16-12-22	196,400 H

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

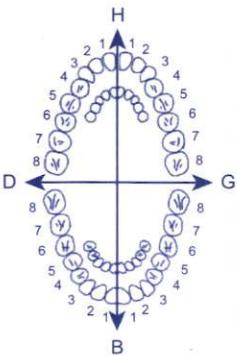
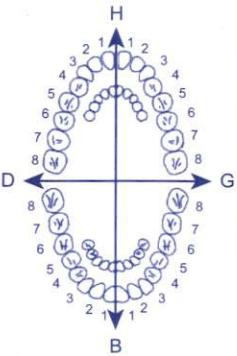
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553	B	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 لحلو

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le ..... 16/12/2022 ..... الدار البيضاء ، في

MOUSSAFIR FAHD

38,00 + 66,10



Zamox Nss

dose 10 kg x 3/j pendant 7j

nuroadol (1 flacon)

dose 10 kg x 3/j pendant 5j

dcili Pédiatrique (1 flacon)

Dose 10 kg x 4/j si fièvre

Soufrane (1 boite)

4 x ½ pendant 5j (nez)

Otipax (1 boite)

3 gouttes x 3/j pendant 5j (oreilles)

Enterogermina (1 boite)

1 à 2 doses /j à boire si diarrhée

Engerix B 10 (1 boite)

24,80

1056,40



06.61.19.62.60 : 05.22.52.62.63 / 05.22.50.83 : المحمول - الهاتف : 903 ، شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - المغرب

903, avenue 2 Mars, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05.22.52.62.63 / 05.22.50.83 - GSM : 06.61.19.62.60

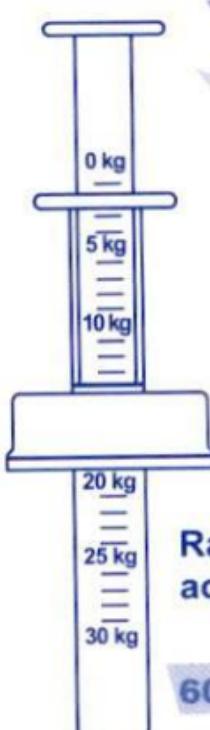
# ZAMOX

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

## enfant

*Poudre pour suspension buvable en flacon  
Voie orale*



Rapport amoxicilline-  
acide clavulanique : 8/1

60 ml = 224 doses-graduation  
(1 dose = 1 kg)

**Agiter la suspension reconstituée avant emploi**

PPV 66 DH 10

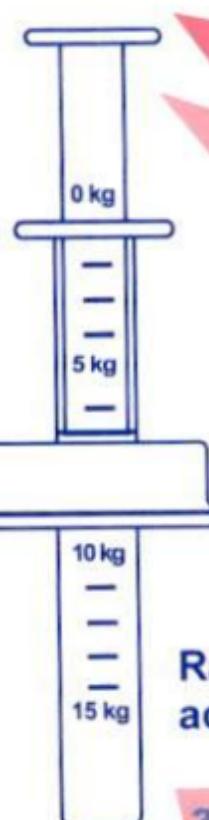
LOT K3497 PER 12/23

# ZAMOX

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
100 mg / 12,5 mg par ml

## nourrisson

Poudre pour suspension buvable en flacon  
Voie orale



Rapport amoxicilline-  
acide clavulanique : 8/1

30 ml = 112 doses-graduation  
(1 dose = 1 kg)

Agiter la suspension reconstituée avant emploi

PPV 38 DH 00

L01 L502 PER 02/24

AHBVC950AL  
05/2020  
04/2023

LOT/MFD/EXP:

480780

Suspension for injection ;  
intramuscular use  
Suspension injectable ;  
voie intramusculaire  
Suspensión inyectable ;  
vía intramuscular



Contains/contient/contiene:

# Engerix™ -B 10

Junior dose / Dose enfant /  
Dosis pediátrica

Protect from light  
Do not freeze  
Shake before use

Protéger de la lumière  
Ne pas congeler  
Agiter avant emploi

Proteger de la luz  
No congelar  
Agitar antes de usar

Storage/Cons.: 2°C - 8°C

TM  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 74,80 DH  
ID: 646609  
6 118001 140244

10



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

Read the package leaflet before use • Medicinal product subject to medical prescription  
Keep out of the sight and reach of children

Lire la notice avant utilisation • Médicament soumis à prescription médicale  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento • Medicamento sujeto a  
prescripción médica • Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.  
Rue de l'Institut, 89  
B-1330 Rixensart, Belgium

©2016 GSK group of companies  
Engerix is a trade mark of the  
GSK group of companies

# Doli®

## PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50  
FER 01/25  
LOT L139

