

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 : 5119 Société : 243214

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSAFIR

Rachid

Date de naissance :

14/07/1971

Adresse :

Gulf City Ma346 Prestige

Tél. : 0663441499 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

21/11/22

Age: 18 ans

Nom et prénom du malade :

MOUSSAFIR FAKID

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vaccin

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 21/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

MOUSSAFIR FAKID

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
21/11/22	G	1	280	Dr. LAHLOU AHMED PEDIATRE N° : 91088930 Mai Casablanca 2526263

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL SOUVENIR EN PHARMA D'ORLÉANS 781 122 21 21 923 802 21	21/11/22	846.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 :

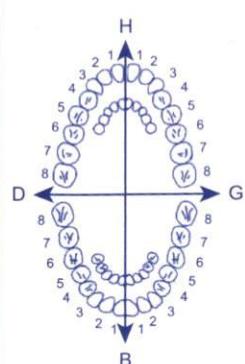
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



(Création, remont, adjonction)

VISA ET GACHET 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

أخصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي

استرايسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le 21/11/2022 الدار البيضاء ، في

MOUSSAFIR FAHD

186.90

Havrix (1 boite)

60.60

Enterogermina (1 boite) x2

1 à 2 doses /j à boire si diarrhée

216.90



Dr.
Pharmacie AL INARA
SOUALI Naima
LARABI Pharmacie Casa
Nme En Mars 921923
Docleur Bd 2 Mars 921923
Tél: 05 22 52 62 63

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

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

Adultes: 2-3 flacons par jour.

2 flacons par jour.

Enfants: 1-2 flacons par jour.

Le contenu du flacon tel quel ou le diluer dans de l'eau ou une boisson.

Pour toute altération du médicament, il doit être pris aussi tôt que possible après ouverture du flacon.

Anglais: Adults: 2-3 vials per day.

Children: 1-2 vials per day.

Take contents as it is or dilute it in water or any other beverage.

After opening, take the medicine within a short period of time in order to avoid the alteration of medicine.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 2 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V : 60,00 DH



6 118001 081653

ALY

urer / المصنوع

UE / ITALY

er

ie



075455

HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET ENFANTS

Titulaire/Exploitant : Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



HAVRIX 720 U/0,5 ml
NOURRISSONS ET ENFANTS

Une seringue préremplie

HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET ENFANTS

LOT/MFD/EXP
A HAVC083AC
11-2020
10-2023

HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET ENFANTS

HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET ENFANTS

Après ouverture : le produit doit être utilisé immédiatement.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C).

Ne pas congeler.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

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



Vaccin de l'hépatite A (inactivé, adsorbé)

Suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml)

Voie intramusculaire

Composition : 1 dose (0,5ml) contient :

Virus de l'hépatite A, souche HM 175 (inactivé)^{1,2}, 720 U*

1 produit sur cellules diploïdes humaines (MRC-5)

2 adsorbé sur hydroxyde d'aluminium (0,25 mg Al³⁺)

* unités mesurées selon la méthode interne du fabricant.

Excipients : Polysorbate 20, acides aminés, phosphate disodique, phosphate monopotassique, chlorure de sodium, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables.

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 186,90 DH

ID: 648846

6 118001 140619