

## 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.

N° W21-781688

AS1413

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12568		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESSATTE HOUSSAIN			
Date de naissance : 27/04/87			
Adresse : Riad Al Andalousie N° 10000 ] Imm 59 Hdy Riad KAFBAT - Appt 20			
Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs			

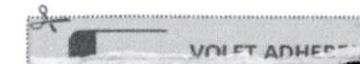
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR. I. H. F. SIR ANZARANE Riad Al Andalousie N° 10000 ] Imm 59 Hdy Riad Kafbat - Appt 20 Casablanca			
Date de consultation : 06.02.2023			
Nom et prénom du malade : ESSATTE - Lilya Age: .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Coefchache			
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
06.02.23. C2			3000DH	INP : 0914333660
				RIB 2023-02-06 Signature Dr Aït Achour

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. LAHRICH S.A.S. 255, Boulevard de l'Asie 74-05 42 98 55 17 - La Bâtie	06/02/23	116,40

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
	<p>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																			
		D	00000000	00000000																			
		<hr/>																					
B		00000000	00000000																				
<hr/>																							
G		35533411	11433553																				
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							

**Docteur Khalid FAZI**

**PÉDIATRE**

Diplômé d'Etudes Spéciales de Pédiatrie - PARIS  
Ancien Maître Assistant au CHU Avicenne

**الدكتور خالد التازي**

إختصاص في أمراض الأطفال والرضيعين  
خريج الدراسات المختصة في طب الأطفال - باريس  
أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي ابن سينا

06.02.2023

Essaïte Lély a.

33 j.  
446.600 -

33.00

Spectrum coll 55

74.80

l'ette 096 x 46. Pj

8.60

tugedit b. c. 55

T: 116.40

26. 21 pme



Khalid FAZI  
Pédiatre  
RIBH - A - Bd BIR ANZARANE  
Angle Rue Kaid Al Achtar - Casablanca

Résidence RIBH "A"

إقامة ربح - A - الطابق الأول - شارع بئر أنزران / زنقة القائد الأشطر - المعاريف - الدار البيضاء : فوق إنوي مقابل سوق السلك القديم  
Angle Rue Kaid Al Achtar Bd. BIR ANZARANE - Maârif - Casablanca : au dessus de INWI en face ancien marché SALK

05 22 25 83 82

# Engerix™ -B 10

gsk

1 dose/dosis (0,5 ml)

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

Junior dose / Dose enfant /

Dosis pediátrica

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV:74,80 DH

ID:650191  
Barcode  
6 118001 140244

cine  
B ADNr  
ADNr

Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle  
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille  
Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja



LOT L 3137  
PER 09/25  
PPV 80 H60

PPA : 33,00DH  
PER : 01-2025  
LOT : RO20089

6 118001 101624  
SPECIUM 0,3% Lot 06  
en Flacon de 5 ml