

## 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.

N° W21-818703

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>12658</b>	Société : <b>RAm</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>ZE KRI Hicham</b>
Nom & Prénom : <b>ZE KRI Hicham</b>		Date de naissance : <b>191071933</b>	
Adresse : <b>Bouskoura Golf City Ville 409</b>			
Tél. : <b>0663285616</b>	Total des frais engagés : <b>681,50</b> Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

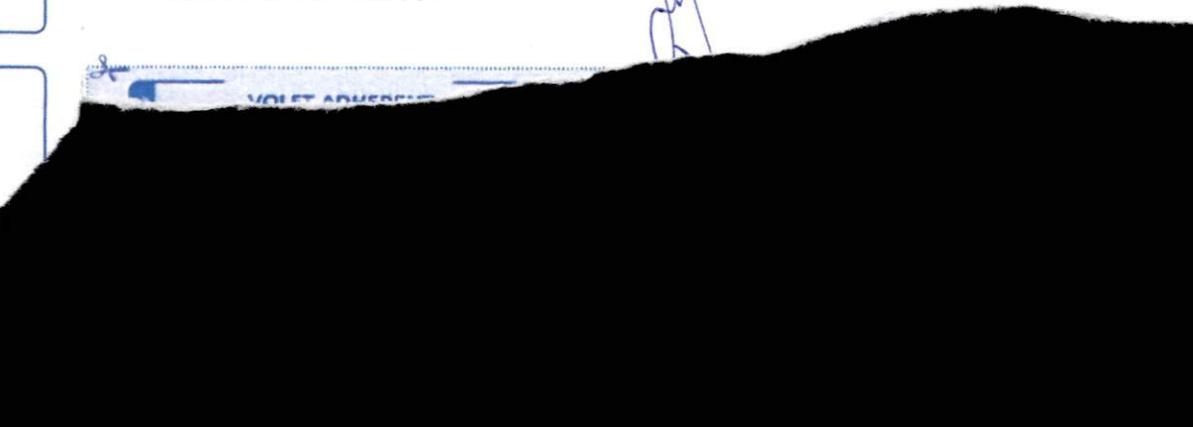
### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Mohamed EL-HOUARI**  
**PEDIATRE**  
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris  
0001 Al Massira Al Khadra-Casablanca  
Téléphone : 05 22 99 57 39

Cachet du médecin :	<b>Dr. Mohamed EL-HOUARI</b>		
Date de consultation : <b>15 SEP 2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Zeddioui Amya b'tifa</b>	Age : <b>02 07 92</b>		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie :			
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 :** *Centre Allal Ben Abdellah* **Le :** *15 SEP 2023*  
**Signature de l'adhérent(e) :** *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT



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
15 SEP. 2015	Ce	1	300,00 Dhs	INF : INPE 1091053728 Dr. Mohamed EL-HOUARI PÉDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES		08 22 3 05 22 39 57 29
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KHADRA	15/09/2023	381,50

**Docteur Mohamed El HOUARI**  
SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE  
MEDECINE DE PARIS  
**PEDIATRE**

Toxicologie et Pharmacologie Clinique

## Asthme de l'enfant

Membre de la société Franciase  
de Pédiatrie  
**SUR RENDEZ-VOUS**

PHARMACEUTICALS LTD.  
Kraatz & Co., Inc.  
11 ALLIANCE ROAD,  
LONDON NW 1  
TELEGRAMS: 231928, CABLES  
83, B.D. 22, TEL. 051-52231928  
que  
ULTE DE

الدكتور محمد الهواري  
خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض الأطفال  
أمراض التسمم و بحث الأدوية  
أمراض الربو للأطفال  
عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال  
بالموعظ

15 SEP. 2023

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

37,5° - Polyaedistife sup  
use (SV) 12 go toutes les  
heures ou si fièvre

36,4° - VARIAX

38,5°

**HARMONIE ALGERIA**  
Tél: 05 22 23 79 28 - Casablanca  
B.P. 83 - Bld de l'Indépendance - Algiers 1000  
Qualité de Produit Garantie par la Chambre Syndicale des Pharmaciens d'Algérie

0522 99 57 38 / 0522 99 57 39 : العيادة : الدار البيضاء الهاتف - شارع المسيرة الخضراء 75

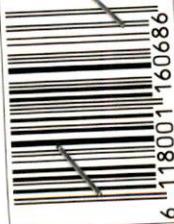
**75. Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca**

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40

ZU51 BN, ZU03 TC Hadrich

Pays-Bas/هولندا

VARIVAX® vaccin  
Suspension injectable  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
PPV: 364,00 DH  
AMM N°: 789/16DMP/21/NSF  
Distribué par MSD Maroc



6505.932.81

# Doli®

## Pédiatrique

Paracétamol

12,50

PPV 17DH50  
PER 05/26  
LOT M1632