

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0039273

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 219 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUSSA RACHID  
Date de naissance : 14/01/1971  
Adresse :  
Tél. : 0663 4414 98 Total des frais engagés : 183405 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

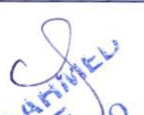
Date de consultation : 08/11/2023  
Nom et prénom du malade : MOUSSA RACHID Age : 52 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les 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 : Casa Le : 20/11/23  
Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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
08/11/23	G	1	250	 <b>LAHLOU AMEL</b> <b>CHÉDIAIRE</b> 90 Av. 2 Mars Casablanca Tél : 05 22 52 62 63

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

08/11/23      186,90

# 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

A M      P C      I M      I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

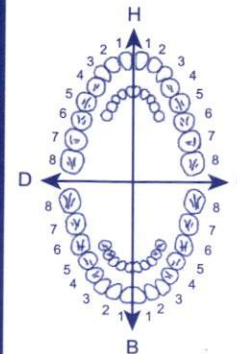
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

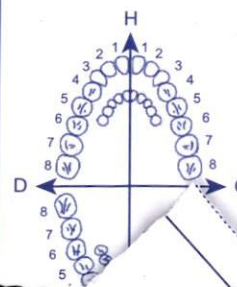
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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 لحو**

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

طبيب إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

08/11/2023

Casablanca, le

الدار البيضاء ، في

**MOUSSAFIR FAHD**

18690

Havrix (1 boîte)



Pharmacie AL INARA  
Les Abou SOUALI Naima  
En Pharmacie  
903, Av. 2 Mars Casa  
32/54

**AHMED LAHLOU**  
**PEDIATRE**  
INP : 91088930  
903, Av. 2 Mars Casablanca  
Tél : 06.61.19.62.60

903, شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - المحمول : 06.61.19.62.60  
903, Avenue 2 Mars, 1<sup>er</sup> étage Casablanca - Tél.: 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60

INP 91088930



**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.



GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:186,90 DH  
ID: 651895  
118001 140619

**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**

gsk

Vaccin de l'hépatite A (inactivé, adsorbé)

Suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml)

Voie intramusculaire

**HAVRIX 720 U/0,5 ml**  
**NOURRISSONS ET ENFANTS**

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

Virus de l'hépatite A, souche HM 175 (inactivé)<sup>1,2</sup>.....720 U\*

<sup>1</sup> produit sur cellules diploïdes humaines (MRC-5)

<sup>2</sup> adsorbé sur hydroxyde d'aluminium (0,25 mg Al<sup>3+</sup>)

\* 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.

LOT/MFD/EXP  
AHAVC110AF  
11-2021  
10-2024

498304