

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 219 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSA AYMI MACHIN

Date de naissance :

14/12/1971

Adresse :

Tél. : 0663441499 Total des frais engagés : 183405 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/11/2023

Nom et prénom du malade : MOUSSA AYMI

Age : 18 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 : casab

Le : 10/11/23

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
08/11/2023	GS	1	250	 Dr. LOU AHMED PATRE 88920 Cabanca 63

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/23	186,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

l'Institut des données
- Quartier de l'Ha
as.com

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

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقًا بالمستشفى الجامعي

استراليا (فرنسا)

الإنعاش - الفحص باللثافاز

08/11/2023

Casablanca, le

الدار البيضاء ، في

MOUSSAFIR FAHD

18690
Havrix (1 boite)



مختبر AL INARA
Dr. Naima SOUALI
En Pharmacie
2 Mars Casa
Casablanca
T: 0522.52.62.63 / 0522.52.70.83

LAHLOU AHMED
PEDIATRE
INP: 97088930
AV. 2 Mars Casablanca
903, Avenue 2 Mars, 1^{er} étage Casablanca - Tél.: 0522.52.62.63 / 0522.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60

903، شارع 2 مارس، الطالق 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^{er} 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
6 118001 140619

HAVRIX 720 U/0,5 ml
NOURRISSONS ET ENFANTS

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

HAVRIX 720 U/0,5 ml
NOURRISSONS ET ENFANTS

Une seringue préremplie



HAVRIX 720 U/0,5 ml
NOURRISSONS ET ENFANTS

HAVRIX 720 U/0,5 ml
NOURRISSONS ET ENFANTS

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



Vaccin de l'hépatite A (inactivé, adsorbé)

Suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml)

Voie intramusculaire

LOT/MFD/EXP
À HAV1104A
11-2021
01-2024

498304

Composition : 1 dose (0,5ml) contient :
Virus de l'hépatite A, souche HM 175 (inactivé).....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.