

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

- Reclamation : 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 des données à caractère personnel.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0039141

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2419 Société : 143196
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : MOUSSAÏR RACHID
 Date de naissance : 14/07/1971
 Adresse : Villa 346 ville verte Golf City
 Tél. : 0663441439 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/12/22
 Nom et prénom du malade : MOUSSAÏR PAËS Age : 18/09/21
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : otite - Bronchite
 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 : Casablanca Le : 16/12/22
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature de Médecin attestant le Paiement des Actes
16/12/22	C5	1	5	

Dr. LAHLOU AHMED
PEDIATRE
 INF : 91088933
 903, Av. 2 Mars Casablanca
 T : 0522 5177263

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou de Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16-12-22	196.400H

Dr. MOUMANG MOUMANG
 Pharmacie
 Casablanca
 Tél : 0522 5177263

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
		AM	PC	IM	IV	

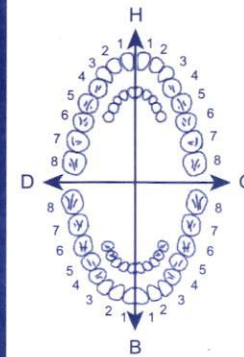
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

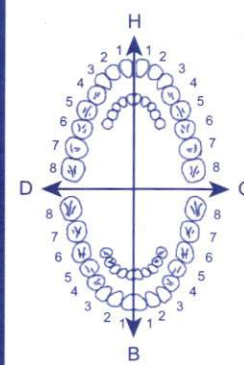


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	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 Ahmed LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لولو

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقا بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le16/12/2022..... في الدار البيضاء ،

MOUSSAFIR FAHD

38.00 + 66.10



Zamox Nss

dose 10 kg x 3 /j pendant 7j

nurodol (1 flacon)

dose 10 kg x 3 /j pendant 5j

doli Pédiatrique (1 flacon)

Dose 10 kg x 4 /j si fièvre

Soufrane (1 boîte)

4 x /j pendant 5j (nez)

Otipax (1 boîte)

3 gouttes x 3 /j pendant 5j (oreilles)

Enterogermina (1 boîte)

1 à 2 doses /j à boire si diarrhée

Engerix B 10 (1 boîte)



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



903, شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.70.83 / 05.22.52.62.63 / 05.22.52.62.63 : 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 -

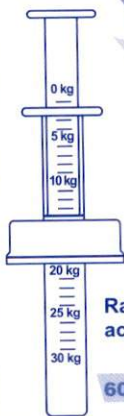
ZAMOX

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

enfant

Poudre pour suspension buvable en flacon
Voie orale



**Rapport amoxicilline-
acide clavulanique : 8/1**

60 ml = 224 doses-graduation
(1 dose = 1 kg)

Agiter la suspension reconstituée avant emploi

PPV 66DH10

LOT K3497 PER 12/23

ZAMOX

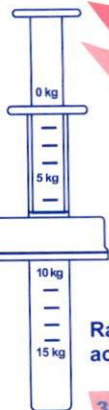
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

Nourrisson

Poudre pour suspension buvable en flacon

Voie orale



Rapport amoxicilline-
acide clavulanique : 8/1

30 ml = 112 doses-graduation
(1 dose = 1 kg)

Agiter la suspension reconstituée avant emploi

PPV 38DH00

LOT L502 PER 02/24

Engerix™ -B 10

Junior dose / Dose enfant /
Dosis pediátrica

Protéger de la lumière
Ne pas congeler
Agiter avant emploi

Proteger de la luz
No congelar
Agitar antes de usar

Storage/Cons.: 2°C - 8°C

Protect from light
Do not freeze
Shake before use

ains/contient/contiene:



GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 74,80 DH

ID: 646609

6 118001 140244



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

ant /

1 dose/dosis (0,5 ml)

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

rDNA hepatitis B vaccine
Vaccin contre l'hépatite B ADNr
Vacuna antihepatitis B ADNr

Read the package leaflet before use • Medicinal product subject to medical prescription
Keep out of the sight and reach of children

Lire la notice avant utilisation • Médicament soumis à prescription médicale
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento • Medicamento sujeto a
prescripción médica • Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.
Rue de l'Institut, 89
B-1330 Rixensart, Belgium

©2016 GSK group of companies
Engerix is a trade mark of the
GSK group of companies

LOT/MFD/EXP:

AHBVC950AL
05-2020
04-2023

480780

Doli®

PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50
FER 01/25
LOT L139

