

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

- 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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



N° W19-566895

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13139 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATTAL LINDORNE

Date de naissance : 05/10/1971

Adresse :

Tél : 06 83 79 87 23 Total des frais engagés : 164408

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2023

Nom et prénom du malade : Jour Attal

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Vaccination

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 06/06/23 Le : 06/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-566895

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 13139

Nom de l'adhérent(e) : ATTAL LINDORNE

Total des frais engagés : 164408

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06 06 <u>2023</u>	CA		200,00 dh	INPE 06/19879 Recette Département de la Méditerranée N° 98 Tél : 0522 61 42 88 Email: montafoutouissir@gmail.com

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06 06 <u>2023</u>	CA		200,00 Dh	INPE 06/19879 Recette Département de la Méditerranée N° 98 Tél : 0522 61 42 88 Email: montafoutouissir@gmail.com

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY AL MANZAH SARL Lot. Al Manzah Imm 2 Mag 1 Tél. 05.22.51.51.84 INPE:062088778	06/06/23	550,90 Dh

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY AL MANZAH SARL Lot Al Manzah Imm 2 Mag 1 Tél: 05.22.51.51.84 INPE: 062088778	06/06/23	550,90 Dh

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

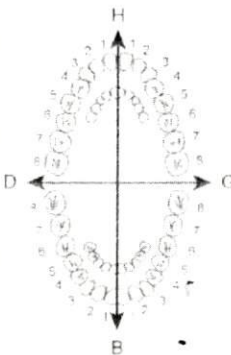
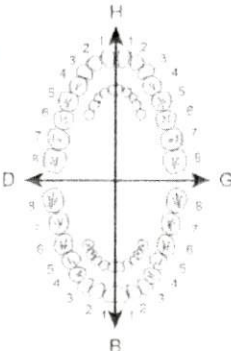
[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : 								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 								
				MONTANTS DES SOINS 								
				DEBUT D'EXECUTION 								
				FIN D'EXECUTION 								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS 								
				DATE DU DEVIS 								
				DATE DE L'EXECUTION 								

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ECG.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
					MONTANTS DES SOINS																		
					DEBUT D'EXECUTION																		
					FIN D'EXECUTION																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
		<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B				
		H																					
		25533412	21433552																				
		00000000	00000000																				
		D	G																				
		00000000	00000000																				
		35533411	11433553																				
		B																					
			MONTANTS DES SOINS																				
			DATE DU DEVIS																				
			DATE DE L'EXECUTION																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

Dr.FOUISSI MOUNIA

Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسسي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقبلة سابقا بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء

Le : 06/06/2023

Age :

Poids :14,10.....

Nom : L'enfant : ATTOUG NOUR

186,9 gr

1) HAVRIX

1 INJ IM

364,00 gr

2) VARIVAX

1 INJ SC

AS

AS

550,9 gr

PHARMACIE HAY AL MANZAH
Dr. Al Manzah Imr 2 Mar
Tél: 05 22 51 42 88
INPE: 062088778

Av. de la Résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua
Tél: 05 22 51 42 88
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

Dr. FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

شارع المقاومة، الوحدة I الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)

Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

EXE 30-09-2023

Lot 030474

Par voie sous-cutanée uniquement.

Ne pas injecter par voie intravasculaire ou intramusculaire.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Chaque dose de 0,5 ml de vaccin* reconstitué contient : un minimum de 1.350 UFP (unités formatrices de plaque) de virus de la varicelle (souche Oka/Merck).

*produit sur des cellules diploïdes humaines (MRC-5)

Excipients: saccharose, gélatine hydrolysée, urée, chlorure de sodium, L-glutamate monosodique, phosphate disodique, phosphate monopotassique et chlorure de potassium.

يحفظ تحت الجلد فقط
لا يحق داخل الأوعية الدموية أو في العضلة

اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام
يحتوي كل 0,5 مل من اللقاح* المعاد تشكيله على
الحد الأدنى 1350 PFU (وحدات تشكيل اللوحات)
من فيروس الحماق (سلالة أوكا / ميرك).
* أُنْتُجَت على خلايا بشرية ثنائية الصيغة (MRC-5)

المكونات: السكروز، الجيلاتين الهيدروليزي، اليوريا،
كلور الصوديوم، ل-غلوتامات المونوسودي (L)،
فوسفات ثنائي الصوديوم، فوسفات أحادي البوتاسيوم،
كلور البوتاسيوم.

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste I
يصرف فقط بوجود وصفة طبية - قائمة I

صيغة مبردة مستقرة

Titulaire de l'AMM et fabricant/
صاحب رخصة التسويق والمصنع

Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Summeytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية/

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التشغيلة من قبل
Merck Sharp & Dohme BV
Waarderweg 39, P.O. 581
2031 BN, 2003 PC Haarlem
هولندا/Pays-Bas

VARIVAX* vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
PPV: 364.00 DH
AMM N°: 789/160MP/21/MSF
Distribué par MSD Maroc



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

VARIVAX®

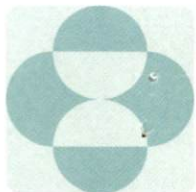
(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour
reconstitution.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الاطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك
قارورة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح
وقارورة ذات جرعة واحدة 0,7 مل من مخفف لإعادة التشكيل



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: 648846



LOT/MFD/EXP

AHAVC083AC

11-2020

10-2020