

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-486945

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12986 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Ait Hachhech hicham

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 08 NOV. 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age : 1 an

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G		Montant des soins	
	(Création, Remont, adjonction)		Date du devis	
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de	

VOLET ADHERENT	NOM : Ait Kechkech	Mle 12 986
DECLARATION N°	W18-399946	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	1090,7	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-399946

DATE DE DEPOT

08/11/2013

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12 986
Nom & Prénom Ait Kechkech hicham		
Fonction : Cadre	Phones 0660702188	
Mail aaitkechkech@gmail.com		
MEDECIN	Prénom du patient Ait Kechkech Ziad	
Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒	Age 1 ans	Date 24/9-19
Nature de la maladie rhume		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes C2		Nbre de Coefficient 1
Montant détaillé des honoraires 250		
PHARMACIE	Date 24/09/19	
Montant de la facture 840,7		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires		

Dr. EL BENNA El Hassan
DENTISTE
Rue Socrate - Baboussah
Maarif - Casablanca
Tel: 022 98.03.46-GSM: 061.77.34.45

Madame BAPTAL FATIMA
Pharmacie Achraf
Rue Socrate - Maarif
Casablanca - Tél. 0522 26 22 00

Dr. El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 24-9-19

Zyad Ait Kech Kech

439, ~

- Hexadim



390, ~

- Varivex



11,7

- Doliprane 200



840,7

3 fois / j

ADAME BARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

Dr. EL BENNA El Hassan
PEDIATRE
54, Rue Socrate - Maârif - Casablanca
Tél: 022.98.03.46

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

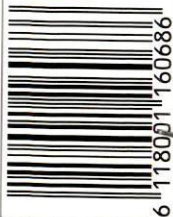
Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
الولايات المتحدة الأمريكية/
Etats-Unis
Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التشغيل من قبل

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

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
P.P.V. : 390, 00 DH
AMM 280/14 DMP/21/NNP
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])**

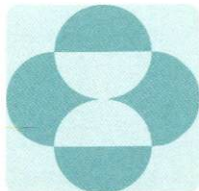
Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour
reconstitution.

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



Hexaxim

1 syringe/jeringa - 0.5 ml
1 dose/dosis

Una dosis (0,5 ml) contiene:

- Toxoide diftérico ≥ 20 UI
- Toxoide tetánico ≥ 40 UI
- Antígenos de *Bordetella pertussis*:
Toxoide pertúsico/ Hemaglutinina filamentosa 25/25 mcg
- Poliovirus (Inactivado) tipos 1/2/3 ... 40/8/32 UD
- Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B 10 mcg
- Polisacárido de *Haemophilus influenzae* tipo b ... 12 mcg
- conjugado con proteína tétnica 22-36 mcg

Lista de excipientes

Hidrogenofosfato de sodio, dihidrogenofosfato de potasio, trometamol, sacarosa, aminoácidos esenciales incluyendo L-fenilalanina, agua para inyectables.

Agitar antes de usar.

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

Conservar en nevera (2°C a 8°C). No congelar.

Conservar el envase en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.

Sanofi Pasteur
14 Espace Henry Vallée
69007 Lyon
France/Francia

MANUF.: 15092017

LOT: P3K282V

EXP/CAD: 07-2020

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2AIG
P.P.V: 439,00 DH

6 118001 082063

1 seringue - 0,5 ml - 1 dose

Hexaxim

PPV 11DH73
PER 12/21
LOT H2702

M, 70

bottu s.a.
82, Rue des Couronnes - 93100 La Courneuve - France

DOULEURS
FIEVRE

12 à 16 kg

10 SUPPOSITOIRES

Doliprane®
PARACETAMOL
200 mg