

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 - 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° W19-512057

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12631 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AMARA LILIANE

Date de naissance : 11/02/1988

Adresse :

Tél. : 06/3761406 Total des frais engagés : 690,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 FEV. 2020

Nom et prénom du malade : AMARA LILIANE Age : 31 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 : CASABLANCA Le : 1 / 1

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
17 FEB 2020			300	Dr. Khalid B. Fadilah 6, Bd. Prince Moulay Abdellah Rabat - Maroc - Tél: 05 37 201 202

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 711 12, Av. Prince Moulay Abdellah Rabat - Tél: 05 37 70 81 03	27.12.2019	350,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

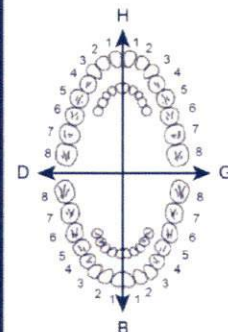
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

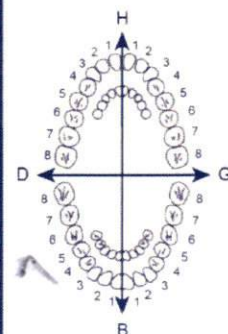
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

Docteur Khalid BOUHMOUCH

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens

Oncologie - Hématologie
Néonatalogie - Réanimation



الدكتور خالد بوحموش

طبيب الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بأميان - فرنسا

إنعاش حديثي الولادة
أمراض الدم وسرطان الأطفال

الرباط، في :

27/02/2020

L'enfant AMARA LILIA

39, 00

Pds : 11,3 Kg Age : 1 a et 1 m

1- VARIVAX

2- DOLIPRANE SUPP.200

1 suppositoire 3 fois par jour



الدكتور خالد بوحموش
Dr. Khalid BOUHMOUCH
Pédiatre
6, Bd Prince My Abdellah
Rabat - Maroc

6, شارع الأمير مولاي عبد الله (إمام ماكدونالد - وسط المدينة) - الرباط

6, Av. Prince My Abdellah (en face de Mc Donald's - Centre ville) Rabat • 05 37 20 12 02 • 05 37 20 18 29

06 61 55 54 24 • @kbouhmouch@hotmail.com Dr. bouhmouch



0202-11-60

EXP

R032413

Lot

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.

يحقن تحت الجلد فقط

لا يحقن 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).
* أنتجت 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 Sumneytown Pike, P.O. Box 4

West Point, Pennsylvania, 19486,

Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/ يتم إصدار الترخيص 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 unidosé de 0,5 ml

P.P.V : 390,00 DH

AMM 280/14 DMP/21/NNP

Distribué par MSD Maroc



6 118001 160686

70032289/00-3

4979