

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 des données à caractère personnel.

N° W19-512057

MD-31610

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12637		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Nom & Prénom : AMARA LILIASS		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 11/02/1988			
Adresse :			
Tél. : 0613761406		Total des frais engagés : 650,00 Dhs	

الدكتور خالد بن حمودة Dr. Khalid Ben Hmouda
6, Bd Prince Moulay Abdellah
Rabat - Maroc - Tel: 05 37 20 1202

Cachet du médecin :	Date de consultation : 27 FEV. 2020
Nom et prénom du malade : AMARA LILIASS Age: 31 Ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : VTC	
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 SIEGE RAM Le : / /
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
17 FEV 2020	S	3	390,00	DR KHADJA BACHIR 6, Bd Prince Moulay Abdellah Talbot - Maroc - tel: 05 37 201 202

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 1 12 Av. Prince Moulay Abdellah Rabat - Tel: 05 37 10 81	17.1.2020	390,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

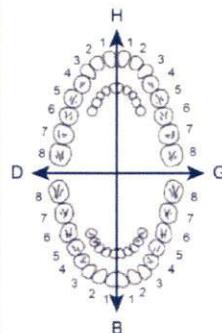
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

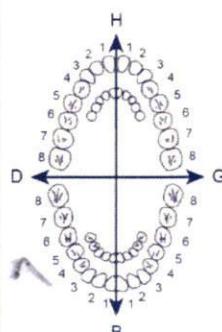
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
B	35533411	11433553
G		/

[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

طب الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بامييان - فرنسا

إنعاش حديثي الولادة

أمراض الدم وسرطان الأطفال

Rabat, le : الرباط، في :

27/02/2020

L'enfant AMARA LILIA

٣٩٥، ٠٦

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
6, Bd Prince My Abdellah
Rabat - Maroc



09-11-2020

EXP

RO32413

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* المعد تشكيله على
الحد الأدنى 1350 PFU (وحدات تشكيل اللوحات)
من فيروس الحماق (سلالة أوكا / مرك).
* انتجت على خلايا بشرية ثانية الصبعة (MRC-5)

المواد الغات: المكروز ، الجيلاتين الهيدروليزي ، الوريا ،
كلور الصوديوم ، L-الغلوتامات المونووصودي (L-) ،
فوسفات ثنائي الصوديوم ، فوسفاط لحادي البوتاسيوم ،
كلور البوتاسيوم .

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصدة

Uniquement sur ordonnance – Liste I

بصرف فقط بوجود وصفة طبية - قائمة 1

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,
الولايات المتحدة الأمريكية/

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم اصدار التشغيلة 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

6118001160086

70032289/00-3

4979