

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-541843

~~W19 = 31797~~

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **12647** Société : **RAM**

Matricule : **12647** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **EL OUARDI MEHDÏ**

Date de naissance : **22/06/1985**

Adresse : **Résidence La Perle de Nouaceur 2, Apt 1, Immeuble Nouaceur**

27000 NOUACEUR

Tél. : **0673706626** Total des frais engagés : **339,20** Dhs

E-mail : **elouardi.mehdi.88@orange.ma** Personne à contacter : **Elouardi Mehdï**

Numéro de téléphone : **0673706626** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de sécurité sociale : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance : **22/06/1985**

Numéro de la carte d'assurance maladie : **12647** Date de naissance

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
13 JUIN 2010	05	200,00 DH	INPE 061198792	Av de la Résistance, 5621 42 88 Dakar, Tél: 022 51 42 88 Wahdat, N° 98 Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HANU MANAZA SARL AL Lot 1A Manazah 10m 2 Mag 1 Tél: 05.22.51.84 INPE: 062088778	13/01/2020	139,20 DA

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

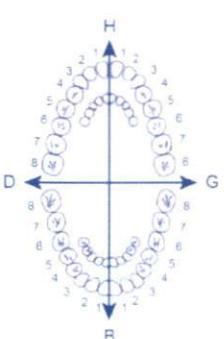
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FOUSSI MOUNIA
Pédiatre

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



د. الفويسى مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال

دكتورة في طب الأطفال

والصيدلة بالدار البيضاء

le : 13 JUIN 2020
Nom :

Age :
Poids : 9,41kg

Elouaedi Ali

139, 20 DH

1. Priorin

(NS)

5 mg 5 ml

✓
T = 139, 20 DH

Lot A.M.2022.51.51.84
Tél. 0522.51.51.84
PHARMACEUTIQUE MAMNAH
Tunisie

Dr. FOUESSI MOUNIA
Pédiatre
AV. de la Résistance El Wahda I, N° 98 Deroua
E-mail: mouniafouissi@gmail.com
Tél: 0522 51 42 88

Dr. FOUESSI MOUNIA

شارع المقاومة، الوحدة 1 الرقمن 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



Measles, mumps and rubella vaccine

Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection

Poudre et solvant pour solution injectable

Polvo y solvente para solución inyectable

Subcutaneous use or intramuscular use

Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire

Vía subcutánea o vía intramuscular



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles

1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles

1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

1 dose/dosis (0.5 ml)

Priorix™

Priorix is a trade mark of the GSK group of companies

©2017 GSK group of companies

