

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



N° W19-558239

36 569

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12633 Société : RA17

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAJN TASSIR AYOUB

Date de naissance : 10/05/1983

Adresse : La pile Nouace 1ère App M Nouace Casablanca

Tél. : 0670 265350 Total des frais engagés : 1724 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Amal BOUGHNAMA  
Pédiatre Allergologue  
120, Bd. Moulay Idriss 1

Date de consultation : 29 JUL 2020

Nom et prénom du malade : Mountassin Camelia Age: 37

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

Nature de la maladie : Mon. / 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 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 : Casa Le : 11/07/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |         |  |
|---|---------|--|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date    | Montant de la Facture  |
| 29.07.20                                  | 1222,60 | <p>PHARMACIE DE LA SECURITE</p> <p>Nadia ELAMRANI CHEKKOUN</p> <p>130 Bd. Moulay Elriss 1er</p> <p>Tel: 0522 66 22 45 - Casablanca</p> |

[illegible][illegible][illegible]

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The arch is supported by the piers. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'H' on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



*Dr. Amal Boughnama*

Pédiatre - Allergologue  
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع  
أمراض الحساسية و الربو  
الطب المثيل

Casablanca, le 29.07.2020

Nourrisson MOUNTASSIR Camelia

Poids : 10,00 Kg

Age : 17 mois 22 jours

1 PEDIAKID NEZ-GORGE

Prendre 1 cuillère-mesure le matin et le soir, pendant 6 jours.

2 INFANRIX POLIO HIB

3 PREVENAR 13 susp inj : 1Ser avec aig/0,5ml

4 DOLIPRANE 150 mg suppos : B/10

1 suppo à 19 heures et 1 suppo le matin

5 VITAMINE D3 B.O.N

1 ampoule en entier

Infanrix<sup>TM</sup>

IPV Hib

5



1 dose/dosis (0.5 ml)

DTPa-IPV in prefilled syringe + 2 needles  
+ lyophilised Hib in vial

DTPa-IPV en seringue préremplie + 2 aiguilles  
+ Hib lyophilisé en flacon

DTPa-IPV en jeringa precargada + 2 agujas  
+ Hib liofilizada en vial

Infanrix<sup>TM</sup>

Powder and suspension for injection  
Poudre et suspension pour suspension injectable

Combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis, inactivated polio and *Haemophilus influenzae* type b vaccine  
Vaccin combiné contre la diphtérie (D), le tétanos (T), la coqueluche (acellulaire) (Ca),  
le virus inactivé de la poliomyélite (VPI) et l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib)  
Vacuna combinada contra la difteria-tétanos-pertussis acelular, poliomiélitis inactivada y  
*Haemophilus influenzae* tipo b

Infanrix<sup>TM</sup> IPV Hib



GlaxoSmithKline

Combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis,  
inactivated polio and *Haemophilus influenzae*  
type b vaccine

Contre la diphtérie (D), le tétanos (T),  
la coqueluche (acellulaire) (Ca), le virus inactivé de la  
poliomyélite (VPI) et l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib)  
Vacuna contra la difteria-tétanos-pertussis acelular,  
poliomyélitis inactivada y *Haemophilus influenzae* tipo b

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 280,00 DH  
ID : 644414R2  
6 118001 140701

IPV Hib

Polvo y suspensión para suspensión inyectable



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.  
Rue de l'Institut, 89  
B-1330 Rixensart, Belgium

©2012 GlaxoSmithKline group of companies  
Infanrix is a trademark of the  
GlaxoSmithKline group of companies

455606

Pfizer Limited  
Ramsgate Road  
Sandwich  
Kent CT13 9NJ  
Royaume-Uni

**Prevenar 13**®



Lire la notice avant utilisation.

**A conserver au réfrigérateur.**

Ne pas congeler.

Prevenar 13 est stable à des températures jusqu'à 25°C pendant quatre jours.

A la fin de cette période Prevenar 13 doit être utilisé ou éliminé.

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

PREVENAR 13 SUSP INJ

P.P.V : 814DH00

6 118001 171057

Laboratoires  
**Pfizer** S.A.



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

K861  
SC114  
ZWART  
K0405  
BL295  
01/1995  
K0Puzone\_Fr01