

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11633

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAHN TASSIR AYUB

Date de naissance :

10/05/1988

Adresse :

la perle Nonacer 15ème App M Nonacer Casab

Tél. : 067026353

Total des frais engagés :

1720

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amal BOUGHNAMA
Pédiatre Allergologue
120, Bd. Moulay Idriss 10000
Casablanca

Date de consultation :

29 JUIL. 2020

Nom et prénom du malade :

Mountassir Camelia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

mon. (vocales leu)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

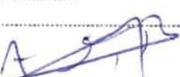
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 11/09/2020

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
29 JUIL 2020	11	+	250	INP: 091036160 Dr. Amal BOUGHNAMA

Dr. Amal BOUGHNAMA
Pédiatre Allergologue

100 P/LM

120, Ba. Noutaxtariss 1er

SES (X)

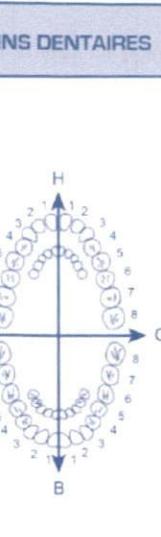
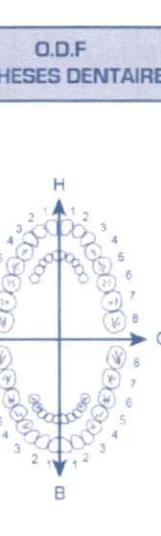
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
29.07.20	1222,60	<p>PHARMACIE DE LA SECURITE Nadi EL MAMOURA - KENITRA 130, Bd M. Hassan II Tel. 0522 66 14 45 - Casablanca</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DE SOINS																	
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>															
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
		MONTANTS DES SOINS															
		DEBUT D'EXECUTION															
		FIN D'EXECUTION															
			ODF PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
				H	25533412	21433552											
				D	00000000	00000000											
				B	00000000	00000000											
				G	35533411	11433553											
MONTANTS DES SOINS																	
DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXECUTION																	

Dr. Amal Eloughnana

Pédiatre - Allergologue Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

الاختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

29.07.2020

Casablanca, le

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

35

15

SV

67

Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRICE
120 Bd. My. Idriss 1er
Tel: 022.86.02.56
Case file 10236
15/10/2010

PHARMACIE DE LA SÉCURITÉ
Médecin traitant : REKROVY
N° 139, Bd M. Drouet 1er
Télé : 02 36 21 11 22

Infanrix™

IPV Hib



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™

Powder and suspension for 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 tétnos (T), la coqueluche (acellulaire) (Ca),
le virus inactivé de la poliomyléite (VPI) et l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib)

Vacuna combinada contra la difteria-tétanos-pertussis acelular, poliomielitis inactivada y
Haemophilus influenzae tipo b

Infanrix™

IPV Hib



GlaxoSmithKline

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

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

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



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

Prevenar 13

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



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.

À 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

6118001171057

Laboratoires
Pfizer
S.A.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

K061
SC114
ZWART
ROMBO
BL295
CP1665
HORizon_Rec