

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.

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.

Maladie :

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

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



Declaration de Maladie

N° P19- 045919

ND: 36594

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1308

Société : MUPRAS

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LARABI Mohammed

Date de naissance : 24 Avril 1949

Adresse : 26 Rue LAMEN MORABIT CASABLANCA

Tél. : 05 22 98 77 22

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/07/2020

Nom et prénom du malade : LARABI Youssef

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
4.7.20	CS	1	250	 Dr NOUNA M. Hammami PEDIATRE 82. Av. Aba elouadi Doukki Ain Chifa 11235 tel: 0522.85.10.58

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DENTIRE 5. Rue 25 - Bab el Bhar - Casa Dr. Mohamed El-Mohammadi	10/11/20	521,60 m

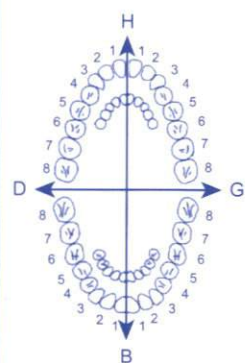
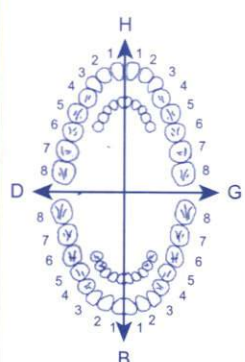
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
DATE DU DEVIS			<input type="text"/>	
DATE DE L'EXECUTION			<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens
Spécialiste des maladies du Nouveau-né
Nourrisson et L'Enfant
Asthme de l'enfant et Maladies
Allergiques

الدكتور نونا امحمد
خريج كلية الطب بآميان
اخصائي في أمراض الرضيع و الطفل
مرض الربو (الضيقة)
أمراض الحساسية
البيضاء في

Nom/Prénom : LARABI Youssef
Poids : 67,000 Kg age : Age : 17 ans

1) TETRAXIM VACCIN DTICOQP

Prendre 1 ampoule par jour

2) VARIVAX Pdr & solv susp inj Fl pdre/1

Faire 1 injection par jour

PHARMACIE H. DEROUICH
DOCTEUR H. DEROUICH
5, RUE DOCTEUR H. DEROUICH
Moulay Mohammadi - CASA

Dr. NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaib Doukkali
Ain Chifa II Casa 20550
Tel: 0522.85.10.58

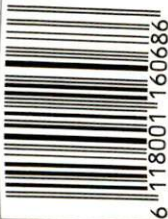
Titulaire de l'AMM et fabricant/
صاحب رخصة التسويق والمصنع
Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية/
Formulation réfrigérée stable.

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
PPV: 390, 00 DH
AMM 280/14 DMP/21/NNP
Distribué par MSD Maroc



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

VARIVAX®

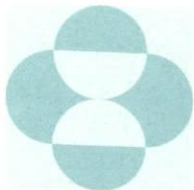
(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])

Un flacon unidosé de 0,5 ml de vaccin en poudre et
un flacon unidosé 0,7 ml de solvant stérile pour
reconstitution.

يُحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحمأق حي موهن سلالة أوكا / ميرك
قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل



TETRAXIM

Vaccin diphtérique, tétanique, co-
poliomyélitique (inactivé), adsorb
component) and poliomyelitis (in-

Suspension injectable (0,5 ml en seringue p
Suspension for injection (0.5 ml in prefilled

One dose (0.5 ml) contains:

Diphtheria toxoid ⁽¹⁾	≥ 30 IU
Tetanus toxoid ⁽¹⁾	≥ 40 IU
<i>Bordetella pertussis</i> antigens:	
Pertussis toxoid ⁽¹⁾	25 micrograms
Filamentous haemagglutinin ⁽¹⁾	25 micrograms
Poliomyelitis virus (inactivated)	
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU (2004)
- type 2 (MEF-1 strain)	8 DU (2004)
- type 3 (Saukett strain)	32 DU (2004)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Tetraxim Inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 134,60 DH



usculaire
ar route

⁽¹⁾ adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated 0.3 mg Al³⁺

⁽²⁾ DU: D antigen unit.

⁽³⁾ or equivalent antigenic quantity determined by a suitable
immunochemical method.

⁽⁴⁾ produced on VERO cells.

TETRAXIM may contain traces of glutaraldehyde, neomycin, streptomycin
and polymyxin B.

List of excipients: Hanks medium without phenol red (complex mixture of
amino acids including phenylalanine, mineral salts, vitamins and other
components such as glucose), acetic acid and/or sodium hydroxide for pH

SANOFI PASTEUR

adjustment, formaldehyde, phenoxylethanol,
ethanol and water for injections.

Read the package leaflet before use.

Keep out of the sight and reach of children.

Store in a refrigerator (2°C - 8°C).

Do not freeze.

Instructions on use: Joint prevention against
diphtheria, tetanus, pertussis and polio-
myelitis.



SANOFI



MANUE

05052018

LOT:

R3K922V

EXP:

04-2021

SN

136R2349MET4NC



PG/OTIN 03664798022643

SANOFI PASTEUR

14 Espace Henry Vallée

69007 Lyon

France