

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.

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

Déclaration de Maladie



N° W19-572364

NO: 4111368

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 846 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR HCTM OMAR

Date de naissance : 04/04/1985

Adresse : 214 BD ABDEL MOUMEN AG IMAM BOUSSAÏRI

RES OASIS APT 12

Tél. : 0661 118 221 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/8/20

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Vocation

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) :

RELEVÉ 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
8/10/02			15000	INF : 08 16 33 11 66 Dr. TAMIM Pédiatre Four Anwal 182 Bd. Anwal Tél : 0522 86 03 16 - CASA Fax : 0522 86 03 10

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/02/02	3640

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur Amina TAMIM

PÉDIATRE

Spécialiste des Maladies de l'Enfant
et du Nourrisson

Diplômée de la Faculté de Médecine d'ANGERS
Ancien Médecin Attachée des Hôpitaux de France



الدكتورة أمينة تميم

طبيبة اختصاصية
في أمراض الطفل و الرضيع

خريجة كلية الطب بآنجي (فرنسا)
طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 8/8/16 الدار البيضاء

Bow Anna Hlini Komil

Noci U Amlive



2/2/16

PHARMACIE IBN TOFAÏL
SEBTE K. Ep. Moussaoui
61, Bd Anoual - CASABLANCA
Téléphone : 022.86.34.68

Dr. TAMIM Amina
Pédiatre
Tour Anwal 182 Bd. Anoual
Tél.: 0522 86 03 16 - CASA
Fax: 0522 86 03 10

فاريفاكس؟

أخبر طبيبك إن كنت أو كان طفالك:

- تعاون أو عانيت من مشكل صحي.
- حصلت على كميات دم أو بلاسما أو كريات الدموية مصلية بشرية خلال الشهور الخمس الأخيرة.
- تتلقون علاجاً طبياً. (ويتضمن العلاج الأدوية المحصل عليها بدون وصفة طبية والمكملات الغذائية).
- لديكم حساسية شديدة. (ويتضمن ذلك الحساسية إزاء النيو ميسين والجيلاتين).
- تعرضتم إلى حساسية إزاء أي لقاح آخر.
- امرأة حامل أو تتوین الحمل خلال الأشهر الثلاثة التي تلي التفقيح.
- تقومين بالإرضاع.

، وصعوبة المشي، واضطرابات جلدية خطيرة، وعلوى الجلد، وداء الحماق. كما تم تسجيل حالات نادرة من التهاب الدماغ، التهاب الدماغ*، والحوادث الدماغية الوعائية، التهاب الغشاء الذي يحيط الدماغ والحبل الشوكي (التهاب السحايا)*، التهاب الرئتين (الالتهاب الرئوي أو التهاب الرئة)، والتشنجات مع أو بدون حمى. لم يتم بعد تحديد الصلة بين

* قد يحدث

الأفراد الآ

يتوفر ط

أخبر ط

• ظهور

• التلقيح

• التلقيح

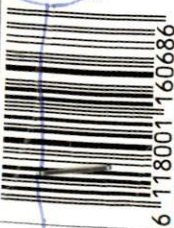


فاريفاكس®
Vaccin vivant atténué (souche Oka/Merck)
Un flacon unitaire de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon
unitaire de 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

فاريفاكس®

لكس.

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unitaire de 0,5 ml
P.P.V : 390,00 DH
AMM 280/14 DMP/21/NIP
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160686

6018873

Lot

06-2021

EXP



390.00