

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.

N° W19-558247

46017

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12633	Société : RAT		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : Licencié	
Nom & Prénom : MAINTASSIR AYAOB			
Date de naissance : 10/05/1988			
Adresse : La perla Nador 1 INR 2 App.11 Nador Casab			
Tél. : 670267350	Total des frais engagés : 107 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	Dr. Amal BOUGHNAMA Pédiatre Allergologue 120, Bd. Moulay Idriss 1er	MUPRAS RECEPTION
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	23 OCT. 2020	
Nom et prénom du malade :	Nezat Aya	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Noceleholie	
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 : **01/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Ayao

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
23 OCT. 2020	ex	253	253	INP : 091036160 Dr. Amal BOUGHNAMA Pédiatre Allergologue 120, Bd. Moulay Idriss 1er

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA BENCHECHTA Nada 130, Bd. Moulay Idriss 1er Casablanca Tél. 0524 162245 - 062245 - 062245	23/10/20	15€ 10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered				

Dr. Amal Boughnاما

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
أمراض الحساسية والربو
الطب المثلث

23.10.2020

Casablanca, le

Nourrisson MOUNTASSIR Camelia

Poids : 10,55 Kg

Age : 20 mois 16 jours

MMR

PLATEFORME DE LA SECURITE
N° 0369 341111 02245 - Casablanca
Tél. 0522 86 02 59 - 06 22 45 - Casablanca

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
120, Bd. My. Idriss 1er - Casa
Tel : 022.86.02.59

M-M-R® II

Vaccin à virus vivant
Rougeoleux, des oreillons et rubéoleux

لِقَاحٌ مِنْ ثَلَاثَةِ فِيْرُوْسَاتِ حَيَّةٍ مُوهَنَّةٍ
ضَدِّ الْحَصْبَةِ وَالنَّكَافِ وَالْحَمِيرَاءِ



1 flacon unidose de 0.5 ml
+
1 flacon de solvant stérile de 0.7 ml
+
1 قبّينة ذات جرعة واحدة من 0,5 ملتر
+
1 قبّينة من المخفف المطعم 0,7 ملتر

Mise en garde: pour maintenir l'efficacité, le vaccin doit être reconstitué uniquement au moyen du diluant stérile fourni avec le produit
تسبيه: حفاظاً على الفعالية، يجب إعادة تشكيل اللقاح فقط مع المخفف المطعم المزود مع المنتج

DOSE USUELLE: injecter par voie sous-cutanée la totalité du contenu du vaccin reconstitué de préférence dans la face externe de la partie supérieure du bras.
الجرعة الاعتيادية: يحقن تحت الجلد المحتوى الكامل من اللقاح المعاد تشكيله. يفضل أن يتم الحقن في الوجه الخارجي من الجزء العلوي من الذراع. لا يحقن داخل الأوعية الدموية.

Ne pas injecter par voie intravasculaire.

لا يحقن داخل الأوعية الدموية

Lire la notice avant utilisation

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

MSD

M-M-R II VIAL & DIL®
Poudre et Solvant pour suspension injectable.
Boîte unitaire
P.P.V : 157,10 DH
AMM N° : 144/14 DMP/21/NCI
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160662

Les substances: formes affaiblies des virus de la rougeole, des oreillons et de la rubéole

أشكال موهنة من الفيروسات التي تسبب الحصبة والنكاف والحميراء

Les excipients: Sorbitol (14,5 mg), phosphate de sodium, phosphate de potassium, saccharose (1,9 mg), chlorure de sodium, gélatine actives hydrolysée (14,5 mg), albumine humaine recombinante ($\leq 0,3$ mg), sérum de veau fœtal (< 1 ppm), autre tampon et autres composants des milieux de culture, néomycine (25 µg).
Excipients à effet notable:
Le vaccin contient 14,5 mg de sorbitol.

الموااغات: سوربيتول (14,5 ملخ)،
فوسفات الصوديوم، فوسفات البوتاسيوم،
سكروز (1,9 ملخ)، كلوريد الصوديوم،
جيبلاتين محلل (14,5 ملخ)، البومين بشري
ماتشوب (أقل من أو يساوي 0,3 ملخ)،
مصل بقرى جنيني (أقل من 1ppm)،
دواريء أخرى و مكونات
أخرى من المستنبات،
النيوميسين (25 ميكروغرام)
موااغ ذو تأثير معروف : اللقاح يحتوي
على 14,5 ملخ من سوربيتول