

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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° W19-558245

46217

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12633 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Licencié

Nom & Prénom : MAJASSIR AYUB

Date de naissance : 10/05/1987

Adresse : La perle Noire 1172 Appt 11 Noire - Casa

Tél. : 067266350 Total des frais engagés : 614 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Amal BOUGHNAMA  
Pédiatre Allergologue  
120, Bd. Mohamed VI, Casablanca

Date de consultation : 14 SEP. 2020

Nom et prénom du malade : MAJASSIR Camille Age : 12

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

Nature de la maladie : 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 : Casablanca Le : 02/11/2020

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

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
14 SEP 2020	u	⊕	250 <sup>00</sup>	INP : Dr. Amal BOUGHNAMA Pédiatre Allergologue 120, Bd. Meudon, Tunis

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/09/20	364.00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 : COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

14.09.2020

Casablanca, le .....

Nourrisson MOUNTASSIR Camelia

Poids : 10,30 Kg

Age : 19 mois 7 jours

VARIVAX pdre/solv p susp inj : FI pdre/1

3641.00  
PHARMACIE DE LA SECOURS  
Nadia EL MANDOURA BENICHI  
120, Bd Moulay Driss 1er  
Tél: 0522 86 22 46 - Casablanca



الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PÉDIATRE - ALLERGOLGUE  
120, Bd Moulay Driss 1er - Casu  
Tél: 022.86.02.50

Titulaire de l'AMM et fabricant/  
صاحب ترخيص التسويق والمنتج

Merck Sharp & Dohme Corp.

770 Summerytown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,

الولايات المتحدة الأمريكية/ Etats-Unis

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار الترخيص من قبل

Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39, P.O. 581

2031 BN, 2003 PC Haarlem

هو لندا/ Pays-Bas

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

**VARIVAX®**

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

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

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

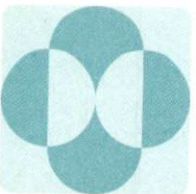
**فاريفاكس®**

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

قوة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح  
وقوة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل



MSD



VARIVAX®

poudre et solvant pour suspension injectable,  
flacon unidose (0,5 ml après reconstitution) Boîte unitaire

P.P.V: 364.00 DH

N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF

Distribué par MSD Maroc



6 118001 160686

**VARIVAX®**

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

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

**فاريفاكس®**

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

قوة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح وقوة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

70032289/00-3

4979

