

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° W19-558245

46217

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 19633			
Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Licencié
Nom & Prénom : MOUNTASSIR AYoub			
Date de naissance : 10/05/1988			
Adresse : La perle Nouace 11772 App 11 Noura - Casa			
Tél. : 0670266350		Total des frais engagés : 614 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. Amar BOUGHNAMA Pédiatre Allergologue 120, Bd. Mohamed V 1010 </div>			
14 SEP. 2020			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> MUPRAS ASSURANCES Camilia Age: 18 </div>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Nouara Seir Camilia			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/10/2020

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
14 SEP. 2020	U	250	250	INP : INP 091036160 Dr. Aymal BOUGHNAMA Pédiatre Allergologue 120, Bd. Hassan, 10000.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CURE DE 130, Bd. Hassan, 10000 Casablanca	14/10/20	364.000

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX : _____
				MONTANTS DES SOINS : _____
				DEBUT D'EXECUTION : _____
				FIN D'EXECUTION : _____
				Coefficient des travaux : _____
				MONTANTS DES SOINS : _____
				DATE DU DEVIS : _____
				DATE DE L'EXECUTION : _____

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000

D 00000000 00000000
35533411 11433553

G 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

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
أمراض الحساسية والربو
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 : Fl pdre/1

3641.00

PHARMACE DELA SUCRE
Nada El Manara Driss Idriss
120 Bd My Driss Idriss
Tél: 0524 862246 - Casablanca



دكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE
120 Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél: 022.86.02.50

holder de l'AMM et fabricant/
صاحب نسخة التسويق والمصنّع

Merck Sharp & Dohme Corp.

770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4

West Point, Pennsylvania, 19486,

États-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية/الولايات

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التسويقية من قبل
Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39, P.O. 581

2031 BN, 2003 PC Haarlem

Pays-Bas/هولندا

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 ومرأى الأطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق جي موهر سلاكة أوكا / ميرك
فلورورا ذات حرارة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللداح
وكلورور ذات حرارة واحدة 0,7 مل من مخفظ لإعادة التشكيل

VARIVAX®

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

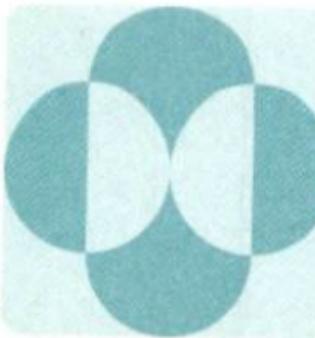
P.P.V: 364.00 DH

N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160686

70032289/00-3
4979



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 جي موهر سلاكة أوكا / ميرك
فلورور ذات حرارة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللداح
وكلورور ذات حرارة واحدة 0,7 مل من مخفظ لإعادة التشكيل