

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-585196

ND 52027



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1233

Société : RIM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MEGBARI ABDELLAH

Date de naissance :

16/04/1958

Adresse :

103, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - CASA

Tél. :

066 19 73 497

Total des frais engagés : 135,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

JO Pn Beni M. Watsapp

Date de consultation :

05/11/2020 MEGBARI Abdellah Age: 68 ans

Nom et prénom du malade :

MEGBARI Abdellah

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez 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 :

Signature de l'adhérent(e):

ACCUEIL

Le : 05/11/2020

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
09/01/2022	8	1	1000000	INP : 000106071 Dr. ABDIASSAD BENJELLOUN Cardiovascular

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie CHAMA N°1 - Imm D - Résidence CARICA Andalouss-Laksour - Americhich MARRAKECH Téle: 05 24 30 90 03</i>	<i>05/11/2026</i>	<i>195,30</i>

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

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
		AM	PC	IM	IV	
BELKHOUDA M. ARMIER - DIPLOME D'ETAT UNITE 4 - DAOUDIATE TEL: 05 24 30 89 20	6/11/20			1		20.84

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 : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA . Le 05/11/2020

12530

M. ABDELHAMID MEGZARI

1) VAXIGRIP Préparation Injectables Seringue 0,5 MI

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
5, Rue KADI IASS - MAARIF
CASABLANCA
Tél. 0522 25 36 00

Pharmacie CHAMA
N°1 - Imm D-Residence CAPICIA
Hay AL Andalous-Lakour-Amerchich
MARRAKECH Tel: 05 24 30 90 03



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

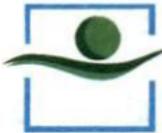
Casablanca le :

CASA , Le 05/11/2020

M. ABDELHAMID MEGZARI

1) VAXIGRIP Préparation Injectable Seringue 0,5 MI

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
8, Rue KADI IASS - MAARIF
CASABLANCA
Tél : 0522 25 36 00



335, Avenue Mohammed V - Rabat

Tél : +212 537 76 11 21 - Fax : +212 537 76 84 01

<http://www.sante.gov.ma>

وزارة الصحة
+٢٠٢٠٢٤ | +٨٥٣٤
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
+٢٠٢٠٢٤ | +٨٥٣٤
ROYAUME DU MAROC

Carte de Vaccination Contre la grippe saisonnière 2020 - 2021

N°carte (N°dans l'ordonnancier) :

١١٣٣١



Région	Marrakech SAÏFI
Povince / Préfecture	Marrakech
Commune / Ville	Queliz Marrakech

Informations sur le vacciné et la vaccinovigilance

Nom et Prénom	NÉGZHRI ABOU BAKR	
Sexe	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Age	68 ans	
CIN	B 113181	
Adresse	Résidence Canica Bdc A3 APT13 Amelkous	
Tel	0661973497 Marrakech	

Information sur le vaccin contre la grippe

Date dispensation	Nom de spécialité	N° lot	Date de péremption	Cachet du pharmacien d'officine
05/11/2020	VAXIGRIP + ET RIT Sous forme de	U3K304V	07.2021	Pharmacie CHAMA N°1 - 1100 - Hay AL ABBADIA MARRAKECH Tel: 05 24 30 80 03 Générale CAPICIA Responsable: Amrachid Cachet du pharmacien d'officine

NB : En cas d'apparition d'effet indésirable suite à la vaccination il faut le notifier au centre Anti Poison et Pharmacovigilance du Maroc (CAPM) par téléphone : 0801000180, 24/24h et 7j/7 ou par mail: capm@capm.ma

Vaccination

Médecin prescripteur	Professeur A. Ph. med. Dr. H. B. M.
Lieu de vaccination	
Vaccinateur (cachet)	BELKHOUDA M. INFIRMIER - DIPLOME D'ETAT 410 UNITE 4 - DAOUDIATE MARRAKECH - TEL: 05 24 30 89 20
Date de vaccination	6 NOV 2020

Virus de la grippe (inactivé, fragmenté) des souches suivantes* :
A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019 (H1N1)pdm09 - souche analogue
A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2) - souche analogue
B/Washington/02/2019 - souche analogue
B/Phuket/3073/2013 - souche analogue
15 microgrammes d'hémagglutinine par souche pour une dose de 0,5 mL
* cultivées sur œufs

Chlorure de sodium, phosphate disodique dihydraté, phosphate monopotassique, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables.

Lire la notice avant utilisation.

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

À conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Ne pas congeler.

Conserver la seringue dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.

Indiqué dans la prévention de la grippe.

481 720757

Saison/Season
2020/2021

VaxigripTetra®

.20



Suspension injectable en seringue préremplie
Suspension for injection in pre-filled syringe

Vaccin grippal quadrivalent (inactivé, à virion fragmenté)

Quadrivalent influenza vaccine (split virion, inactivated)

1 seringue préremplie (0,5 mL) avec aiguille attachée

1 pre-filled syringe (0.5 mL) with attached needle

Voie intramusculaire (IM) ou sous-cutanée (SC)

intramuscular (IM) or subcutaneous (SC) use

Saison/Season
2020/2021

4

SANOFI PASTEUR

48

Influenza virus (inactivated, split) of the following strains*:
A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019 (H1N1)pdm09 - like strain
A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2) - like strain
B/Washington/02/2019 - like strain
B/Phuket/3073/2013 - like strain
15 microgram haemagglutinin per strain for one 0.5 mL dose
* propagated in eggs

Sodium chloride, disodium phosphate dihydrate, potassium dihydrogen phosphate, potassium chloride, 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.

Keep the syringe in the outer carton in order to protect from light.

Indicated in the prevention of influenza.

SN: 136D2PSRE9TKTP



PU/INN: 03664798003390

MANUF: 10082020

Lot:

U3K304V

EXP:

07-2021

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH



SANOFI PASTEUR
14 Espace Henri Vallée
69607 Lyon - France

Saison/Season
2020/2021

VaxigripTetra®

4