

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-705057

✓ 236262

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : A2792

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BE NBOUSSKER

ADIL

Date de naissance :

24/07/1985

Adresse :

DARIS SIDI MOUSSA Immeuble B3 appart'n 4

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL HENNAFI HASSAN  
PEDIATRE  
54 Rue SOCRATE LES SABAH  
Maarif - Casablanca  
Tel. 05 22 98 03 46

Date de consultation :

Benboussker Abdelfettah Age : 20 ans

Nom et prénom du malade :

H. HAKANI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Cancer

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) :

### 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
cl-8.12	Cr	1	250	<i>INPE 002001262 Dr. DIAW - Dr. SADAKA Dr. SOUKATE - Dr. BENDA Maârif - Casablanca Tel: 05 22 93 93 46</i>

INPE: 002001262

Cachet du Pharmacien ou du Envoi	Date	Montant de la Facture
Madame BARTAL FATIMA Pharmacie Achraf Rue Sociale - Maârif Casablanca - Tel: 05 22 25 22 09	11/07/2009	503,25

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

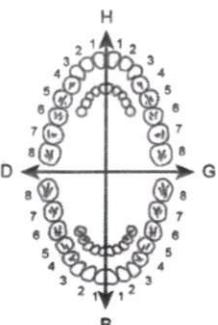
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### AUXILIAIRES MEDICAUX

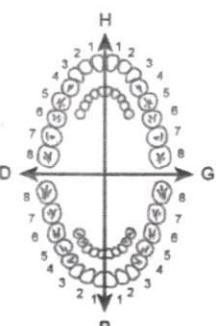
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

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

الدكتور الحسن البنا

Dr . El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II  
D.U. d'Urgence et Réanimation  
du Nouveau-Né et de l'Enfant



اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 139,20 DH  
6 118001 140923

Casablanca, le ..... 11.8.27

Ahmedine Benhakim

139,00

- Priorine

364,00



Vanvax

503,00



- Inader diso, 4g

120. 3 flacon



Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Achraf  
Rue Société Maârif  
Casablanca Tel: 0522 25 22 09

DR EL BENNA EL HASSAN  
PEDIATRE  
54 Rue Socrate RES. SABA  
Maârif - Casablanca  
Tel: 05 22 98 23 46

Titulaire de l'AMM et fabricant/  
صاحب رخصة التسويق والمصنع

Merck Sharp & Dohme Corp.  
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التشغيل من قبل

Merck Sharp & Dohme BV  
Waarderweg 39, P.O. 581  
2031 BN, 2003 PC Haarlem  
Pays-Bas/ هولندا

VARIVAX® vaccin  
Suspension injectable  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
RF: 364,00 DH  
AMM N°: 789/160/MP/21/NSF  
Distribué par MSD Maroc

