

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

S'garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

N° W21-697597

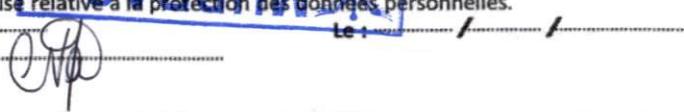
145120

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8763	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NAIT BRAHIM EL NOSTARA
Nom & Prénom : NAIT BRAHIM EL NOSTARA			
Date de naissance : 09/02/69			
Adresse : 5 RUE TAUSSEK - Q. des Hôpitaux Casab			
Tél. : 06612187 M Total des frais engagés : 1044 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>Dr. EL BOUARY Chadia Pédiatre 264, Angle Bd. Ghandi et Ouarai El Khayam awhara Appt. 14 - 3ème Etage Casablanca Tél: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18</p>			
Date de consultation : 12 JAN 2023			
Nom et prénom du malade : NAIT BRAHIM DINIA Age: 11			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : / /

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
12 JAN 2023	Dr E. BOUKOURA	100000	100000	INP : INPE.09102224

EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

12.01.23

744

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	

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"/>
			</	

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البويري شادية

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والريبو عند الطفل

12.01.2023

Casablanca, le

Enfant NAIT BRAHIM Dina

Age : 11 ans 11 mois

Poids : 48,00 Kg

744 —
GARDASIL susp inj ser : Ser/1+Aig/2

Dr. EL BOURY Chadia
Pédiatre
264, Angle Bd. Ghandi et Omar El Khayam
Appart. 14 - 3ème Etage
Casablanca
Tél.: 05 22 95 11 38 - GSM: 06 71 24 76 71



264, Angle Bd Ghandi et Omar El Khayam (à côté de la station de Tramway Ghandi) - Résidence Jawhara

Appt 14 - 3ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 11 38 - GSM : 06 71 24 76 77



MSD VACCINS
162 avenue Jean Jaurès
69007 Lyon
France

MSD VACCINS
شارع جان جوربي
162
لyon 69007
فرنسا

AMM N°
رقم ترخيص التسويق
323/18DMP/21/NRO.

Médicament soumis à
prescription médicale.

دواء خاضع لوصفة طبية

Respecter les doses prescrites
Listel – Uniquement sur ordonnance
الدose الأولى – فقط لرخصة طبية

Fabricant:

Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Sumneytown Pike,
West Point, PA 19486, Etats-Unis

Titulaire de l'AMM au Maroc

MSD Maroc (siège social)
166, 168 Bd Zektouni
20060 - Casablanca

Maroc

P.P.V: 744,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
Code EAN : 6118001160365.

العنوان: شرکت MSD Corp

رقم: 770 سرفيشنز بولك، الولايات المتحدة
رويست رووت، شيلفيانا، 19486

حل ترخيص التسويق للغرب:
حل ترخيص التسويق (الرئيسي):

MSD Maroc
شارع الزرقاء 168-166
الدار البيضاء (الغرب).
20060

1 dose (0,5 ml) contient:

Protéine L1 d'HPV de type 6	20 µg
Protéine L1 d'HPV de type 11	40 µg
Protéine L1 d'HPV de type 16	40 µg
Protéine L1 d'HPV de type 18	20 µg

adsorbée sur sulfate d'hydroxyphosphate d'aluminium amorphe (0,225 mg Al).

Chlorure de sodium, histidine, polyisobutyl 80, borax, eau pour préparations injectables.

جرعة (0.5 ml) تحتوي على:

بروتين L1 فيروس الورم الحليمي البشري نوع 6 20 ميكروغرام

بروتين L1 فيروس الورم الحليمي البشري نوع 11 40 ميكروغرام

بروتين L1 فيروس الورم الحليمي البشري نوع 16 40 ميكروغرام

بروتين L1 فيروس الورم الحليمي البشري نوع 18 20 ميكروغرام

يحتوي على كربونات الألومنيوم هيدروكسيلهيدرات غير المترافق (Al 0.225 mg).

كلوريد الصوديوم، هيبستاتين، بولي سوربات 80، بوراكين، ماء لتحضير محلول الحقن.



Vaccin Papillomavirus Humain [Types 6, 11, 16, 18] (Recombinant, adsorbé)
لقاح فيروس الورم الحليمي البشري [الأنواع 6 ، 11 ، 16 ، 18] (الموتف ، الممتاز)



Suspension injectable en seringue préremplie.

1 seringue préremplie unidose de 0,5 ml avec 2 aiguilles.
Voie intramusculaire (IM).

تعليق الحقن في محفظة جاهزة للاستعمال.
محفظة واحدة ملءة مسبقا بجرعة وحدة من 0,5 ml مع إبرتان.
عن طريق الحقن العضلي (IM).

