

## 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.

**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

Nº W21-766909

2021-01-12  
MUPRAS

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12720 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENBAUBKEE ADIL

Date de naissance : 04/07/1985

Adresse : 212 lot Laymorne, Casablanca

Tél. : 0661466928 Total des frais engagés : 925,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

EL BENNAFI HASSAN  
PEDIATRE  
14 DRUSSORATE ... SABAH  
El Barif - Casablanca  
Tel : 05 22 58 03 46

Cachet du médecin : VININ

Date de consultation : 16/11/2022

Nom et prénom du malade : Zebdouni Abdellah Age : 2 ans

Lien de parenté : Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Acné

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 Mardiolle.

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.

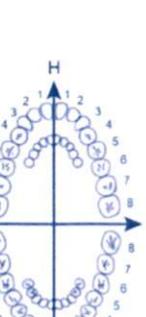
Fait à : 12/01/2023 Le : 12/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : Abdellah

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
Le 16/11/22 Cr		1	210	DR. DRISS BEN HASSI PESOCE B4 Fuccia Maarrif Tel: 05 22 58 09 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAINT OASIS 152, Bis Route de l'Oasis 02 90 02 88	-	675,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

**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



**الدكتور الحسن البنا**

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج جامعة بوليفار (فرنسا)

Casablanca, le 05.03.2016 - 11-22

Ahmed El Benha

- Hennie

186,90

- Vaseline

36,90

- Flixotide 125 125,00

2 pieces

Total : 675,90

Dr EL BENNA EL HASSAN  
PEDIATRE  
54 Rue Socrate Rés. SABAH  
Maârif - Casablanca  
Tel: 05.22.98.03.46

# HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET ENFANTS

## HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET ENFANTS

Après ouverture : le produit doit être utilisé immédiatement.

**Lire la notice avant utilisation.**

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C).

**Ne pas congeler.**

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

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



**Composition :** 1 dose (0,5ml) contient :

Virus de l'hépatite A, souche HM 175 (inactivé)<sup>1,2</sup> ..... 720 U\*

<sup>1</sup> produit sur cellules diploïdes humaines (MRC-5)

<sup>2</sup> adsorbé sur hydroxyde d'aluminium (0,25 mg Al<sup>3+</sup>)

\* unités mesurées selon la méthode interne du fabricant.

**Excipients :** Polysorbate 20, acides aminés, phosphate disodique, phosphate monopotassique, chlorure de sodium, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables.

**GlaxoSmithKline Maroc**

**Aïn El Aouda**

**Région de Rabat**

**PPV: 186,90 DH**

ID:647554



6

118001140619

# Flixotide® 125

Fabriqué par :  
Glaxo Wellcome Production,  
27000 Evreux - France

Respecter les  
doses prescrites

Uniquement sur  
ordonnance - Liste I

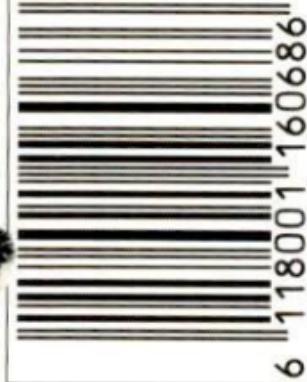
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH  
  
ID: 649162 6 118001140329

**Titulaire de l'AMM et fabricant/ صاحب رخصة التسويق والمعنعن**  
Merck Sharp & Dohme Corp.  
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
Etats-Unis/ الولايات المتحدة الأمريكية/  
Formulation réfrigérée stable.

**Libéré par/ يتم إصدار التشغيلة 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  
P.P.V: 364.00 DH  
AMM N°: 789/16DMP/21/NSF  
Distribué par MSD Maroc



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

# **VARIVAX®**

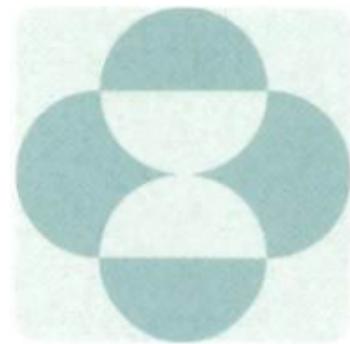
**(Virus de la varicelle vivant atténué [souche Oka/Merck])**

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 حي موطن سلالة أوكا / ميرك**  
**قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح**  
**وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل**



# **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 موطن سلالة أوكا / ميرك**  
**قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل**

