

## 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° W21-728091

172768

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12509			
Société : RAN			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENZAKI ALAE			
Date de naissance : 05/03/1986			
Adresse : lot Yasmina 2 Résidence Pôle 3 Apt 2 Casablanca			
Tél. : 0673572938		Total des frais engagés : 1369	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Dr. TAMI Lalla</b>  <b>Pédiatre</b>          Imme Al Mountazah, Angle de Mediouna et rue Bengir          bureau N 8, 2ème étage, Bettana - Sale          Fixe: 05 30 06 58 18          T.N.P.E: 101266773       </div>		
Date de consultation : 22/07/2023	Nom et prénom du malade : BENKA2I Nour		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Bébant
Nature de la maladie : Vaccin			
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 : 12/07/2023



## 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
12/09/23	Vaccin	1	200 DH	INP : <input type="checkbox"/> Dr. TAHAR LAILA Pédiatre Al Mountazah, Anfa, Av Mediouma et rue Benguir, bureau N.8, 2ème étage, Bettana - Sale Fixe: 05 30 06 58 18 IN.P.E. 401266773

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EN VILLE SALE Dr. Adlao Banaa Mme Masira Khadra - Bettar Tel: 05 37 80 37 68 102066651	12/11/2023	186,90

## 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	

#### BELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	B	21433552 00000000 00000000 11433553		Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. TAMI Laila

## Pédiatre

- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplômée en Dermatologie Pédiatrique de l'Université de Dijon - France
- Ancienne praticienne à l'Hôpital d'Enfants de Rabat
- Ancienne interne du CHU de Rabat



الدكتورة تامي ليلى

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع وحديثي الولادة

خريجة كلية الطب و الميددة بالرباط

حاصلة على دبلوم في الأمراض الجلدية عند الأطفال

من جامعة ديجون - فرنسا

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي للأطفال بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

**SALE le : 12/07/2023**

## ORDONNANCE

**Enf BENZAKI NOUR // 3 ans et 2 Mois**

186, 95

### 1 ) HAVRIX JUNIOR

### 2 ) DOLIPRANE 200

1suppo/6h si fièvre >38.5° ou dlr

### 3 ) VERNIS A ONGLES ECRINAL AMER

1application sur les ongles chaque 3-4jours

PHARMACIE EL MENZEH SALE  
 Dr. Aalaoui Sanaa  
 51, Rue Massira Khadra - Bettana  
 Salé - Tél: 05 37 80 37 68  
 INPE: 102066651

Dr. TAMI Laila  
 Pédiatre  
 8, Av. Mediouna et Rue Bengir.  
 1070 Al Mounatazah - Salé  
 Tél: 05 37 80 37 68

⊕ +212 660 955 353

📞 +212 530 065 818

✉️ lailatami@gmail.com

↑ Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue Bengir, Bureau numéro 8, 2ème étage, Bettana Salé

بناء المنتزة، ناصية شارع مديونة وزنقة بنكري، مكتب رقم 8، الطابق الثاني، بعثانة سلا

# HAVRIX 720 U/0,5 ml

## NOURRISSONS ET ENFANTS



Une seringue préremplie

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.



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 186,90 DH  
LOT: 6488496  
Barcode: 118001140619

### HAVRIX 720 U/0,5 ml

#### NOURRISSONS ET ENFANTS

**Titulaire/Exploitant : Laboratoire GlaxoSmithKline**  
23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison

#### RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

42244133  
A82

### HAVRIX 720 U/0,5 ml

#### NOURRISSONS ET ENFANTS



Vaccin de l'hépatite A (inactivé, adsorbé)

Suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml)

Voie intramusculaire

LOT/MFG/EXP  
A84V083AC  
11-2020  
10-2023