

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.

N° W21-721226

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12564	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Bouchnane Aïman
Nom & Prénom : Bouchnane Aïman			
Date de naissance : 16-03-1988			
Adresse : Avenue Ouh Ennas 25 apt n° Agdal Rabat			
Tél. : 064778417	Total des frais engagés :		
Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Dr. MOUSSI MOUNI Pédiatre Av. de la Résistance El Wahda 1 N°93 Derouia Tel. 0522 51 42 88 E-mail: mounimoussi@gmail.com			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 13/03/2024			
Nom et prénom du malade : Bouchnane Samy			
Age : 36 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : vaccination			
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 : **15/03/2024**

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
13.03	CSI		200,0000	INP : LI LI LI LI LI 0661981025 INPE Pédiatre INPE - 0661981025 INPE M de la Résistance El Wad Beyrouth, Tel : 0522 51 42 8 moussissi@outlook.com
2024				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-03-24	550,90€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B []	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

Dr.FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسلي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيدة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجية كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : 13/03/2024

Age :

Poids :15,00.....

Nom : L'enfant : BOULMANE SAMY

186 (g) RH

1) HAVRIX

1 INJ IM

364,00 Dh

2) VARIVAX

1 INJ SC

T = 550,9

INPE-001
Téléphone : 0522 51 8778
Boulevard AVA AL MAZHAR
Marrakech - Maroc

Dr. FOUISSI MOUNIA

Pédiatre
Av. de la Résistance El Wahda I, N° 98
Deroua Tel. 0522 51 42 88
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة ٩٨، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

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.



6 ID:651895

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 186,90 DH



6 118001 140619

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

Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية/United States

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

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

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



LOT/MFD/EXP

AHAVC110AF
11-2021
10-2024

6 118001 140619