

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 canaux, 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 canaux.

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

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° P19-0021112

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11042 Société : R. A. M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHLAFA Adam Date de naissance : 18/08/1971
 Adresse : 1, Rue Tannidi ANG ABOU TAOUK MAARIF
 Tél. : 0664 71 5445 Total des frais engagés : 1385,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr M BENNOUNA
PEDIATRE
220, Bd. Ghandi Dar Asmaa - Casablanca
Tél : 0522 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72


Date de consultation : 20/12/2019
 Nom et prénom du malade : KHLAFA ADAM Age : 3 mois
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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 : CA SA Le : 20/12/2019
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
20/12/19	C3		250	 Dr. M. BENVOLONTI 221,84 Ghazi Da Aswad - Casablanca Tél: 0522 85 17 32 / 0522 85 81 14 73 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ANTIFAÏSSA C/C Antifaïssa Bd de la Corniche R.C.: 266003	20/12/19	1135,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

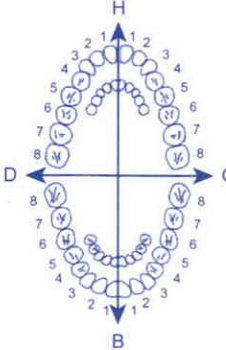
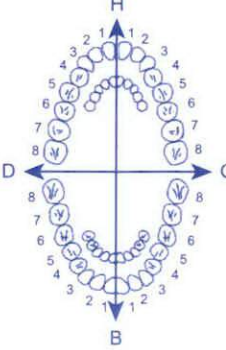
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohammed Bennouna

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph. Métérie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Médecine
Xavier Bichat - Paris



الدكتور محمد بنونة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

20.12.2019

Casablanca, le في الدار البيضاء

Nourrisson KHLAFA ADAM

Age : 3 mois 3 jours

Poids : 6,70 Kg

299

1 INFANRIX IPV HIB VACCIN

Une injection en IM

814

2 PREVENAR 13 susp inj : 1 Ser avec aig/0,5ml
1 boîte

Une injection en IM

2210

3 BAYCUTÉNE N 15 MG CRÉME

Faire 2 applications par jour, pendant 8 jours.

Dr Mohammed Bennouna

Dr M. BENNOUNA
PEDIATRE
220, Bd. Ghandi Dar Asmaa - Casablanca
Tél: 0522 95 12 32 - 06 61 14 73 72

Σ = 1135,7

PHARMACIE ANFA PLACE
C/C Anfa Place
Bd. de la Corniche
R.C. : 266003

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزاهوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - الفاكس : 05 22 39 53 38 - المحمول : 06 61 14 73 72
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1er étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72

utène® N

Crème

e crème pour application locale.

n locale.
 imazole et
 néthasone
 pl céstoséa
 eau purifié
 un antifon

é dans les
 atoire importat

ne es

éaryl

(sypl
 ale (t

rioliq

ème
 a gro:
 ains
 liqué
 rée.

Royau-me-Uni
 Kent CT13 9NJ
 Sandwich
 Ramsgate Road
 Pfizer Limited

Prevenar 13®

LOT : 2270
 PER :
 PPV : T O 5 3
 0 9 : 0 2 2

PREVENAR 13 SUSP INJ
 P.P.V. : 814DH00

6 118001 171057

Laboratoires
 Pfizer S.A.

Keep out of reach of children/ Conserver hors de portée
 des enfants/ Manténgase fuera del alcance de los niños

Refer to leaflet before use/ Consulter la notice avant
 utilisation/ Antes de la utilización léase el instructivo anexo

Medicinal product sub
 soumis à prescription
 sujeto a prescripción r

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 299 00 DH
 ID : 625484
 6 118001 140701

DOSES PRESCRITES

t sur ordonnance

IPV+Hib was administered in a schedule 3, 5 and 11 months
 joined with DTPa. DTPa-IPV or DTPa-HBV-IPV) was investigated
 conducted in Germany. Over a 4.5 year follow-up period, the
 was 96.7% for a full primary series and 98.5% for a booster
 over-up period, the effectiveness of the Hib components of
 y series and 100% for a full primary series plus booster dose
 lired for vaccines.

ns based on conventional studies of safety pharmacology, local

actions.
 sium phosphate, polysorbate 80, glycine, formaldehyde, neomycin
 s from the manufacturing process.

ed with other vaccines in the same syringe.

and packaging.

455291