

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.

N° W19-426787

ND: 39044

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10527		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAJID ADAL			
Date de naissance : 16/01/1970			
Adresse : 18, Rue la fraternité			
Tél. : 06 80 5656 72		Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
03/06/2020			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : MAJID ADAL Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Uvee			
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 : **03/06/2020**

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
03/06/20	S	-	250DH	INP : 031023482

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 QASIMI PHARMACEUTICALS 78 - Casablanca	03/06/2020	1000,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

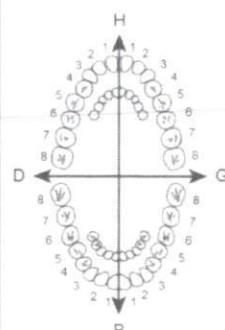
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : []
				Coefficient des travaux : []
				Montants des soins : []
				Début d'exécution : []
				Fin d'exécution : []
				Coefficient des travaux : []
				Montants des soins : []
				Date du devis : []
				Date de l'exécution : []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachid BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté Médecine de Paris
Réanimation Néonatale
Gastro Entérologie Pédiatrique
(Fibroscopie - PH métrie)



الدكتور رشد بنونة

الخصائص في أمراض الرضيع والطفل

خريج كلية الطب بباريس

استاذ مساعد سابق

بمستشفيات باريس

الدار البيضاء، في 03.06.2020 Casablanca, le

Nourrisson MAJID Adam

Age : 8 mois 16 jours
Poids : 9,40 Kg

411,50

HEXAXIM

AS

Dr. RACHID TIZOURA
Résidence du Chêne Vert
Tizi Ouzou - Algérie

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشى - المعاريف - الدار البيضاء

Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maârif) - Casablanca

Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJJAL : 05.22.87.81.81

E-mail : bennounarachid41@gmail.com

Dr. Rachid BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté Médecine de Paris
Réanimation Néonatale
Gastro Entérologie Pédiatrique
(Fibroscopie - PH métrie)



الدكتور رشيد بنونة

إخلاصي في أمراض الرضيع و الطفل
خريج كلية الطب بباريس
أستاذ مساعد سابقاً
بمستشفيات باريس

Casablanca, le 3 Juin 2020 الدار البيضاء، في

Nourrisson MAJID Adam

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, Dr Rachid BENNOUNA, certifie avoir reçu pour consultation

de l'enfant : MAJID Adam né(e) le 18.09.2019
la somme de deux cent cinquante dirhams.



إقامة مركز بن سعيد - 30 زنقة المرشي - المعاريف - الدار البيضاء

Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maârif) - Casablanca

Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 05.22.87.81.81

E-mail : bennounarachid41@gmail.com

Una dosis (0,5 ml) contiene:

- Toxido difterico ≥ 20 UI
- Toxido tetanico ≥ 40 UI
- Antigenos de *Bordetella pertussis*:
Toxido pertusico/ Hemaglutinina filamentosa 25/25 mcg
- Poliovirus (Inactivado) tipos I/2/3 40/8/32 UD
- Antigeno de superficie del virus de la Hepatitis B 10 mcg
- Polisacárido de *Haemophilus influenzae* tipo b 12 mcg
- conjugado con proteína téstanica 22-36 mcg

Lista de excipientes

Hidrogenofosfato de disodio, dihidrogenofosfato de potasio, trometamol, sacarosa, aminoácidos esenciales incluyendo L-fenilalanina, agua para inyectables.

Agitar antes de usar.

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños. **Consevar en nevera (2°C a 8°C). No congelar.** Conservar el envase en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.

Sanofi Pasteur
14 Espace Henry Vallée
69007 Lyon
France/Francia

MANUF.: 09042018
LOT: R3L623V
EXP/CAD: 03-2021

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2
AIG SP

P.P.V: 411,00 DH



1 seringue - 0,5 ml - 1 dose

Hexaxim



Une dose (0,5 ml) contient :

- Anatoxine diphtérique ≥ 20 UI
- Anatoxine téstanique ≥ 40 UI
- Antigènes de *Bordetella pertussis*:
Anatoxine pertussique/Hémagglutinine filamenteuse 25/25 µg
- Virus poliomélítique (Inactivé) Types I/2/3 40/8/32 Unidades d'antígeno D
- Antigène de surface de l'hépatite B 10 µg
- Polisacárido d'*Haemophilus influenzae* tipo b 12 µg
- conjugado à la protéine téstanique 22-36 µg

Liste des excipients

Phosphate disodique, phosphate monopotásico, trometamol, saccharose, ácidos amines esenciales dont la L-phenylalanine, eau pour préparations injectables.

Agiter avant utilisation.

Lire la notice avant utilisation.

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

À conserver au réfrigérateur (2°C à 8°C).

Ne pas congelier.

Conserver le vaccin dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

Hexaxim

Suspension injectable en seringue préremplie / Suspension for injection in pre-filled syringe / Suspensión inyectable en jeringa prellenada

Vaccin diphtérique, téstanique, coquelucheux (acestulárico, multicomposé), de l'hépatite B (ADNr), poliomielítique (inactivé) et conjugué de l'*Haemophilus influenzae* tipo b, adsorbé Diphteria, tetanus, pertussis (acestular component), hepatitis B (rDNA), poliomyletis

DTaP-IPV-HB-Hib