

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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° W19-533615

ND:33381

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12986		Société : R.A.M.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <i>Art Kechkach hicham</i>	
Nom & Prénom : <i>Art Kechkach hicham</i>			
Date de naissance : 25/08/1985			
Adresse : <i>0669103961</i>			
Tél. : 0669103961		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Dr. EL BONNA El Hassa PERMANE 54, Rue Souk Al Moudaw Sabai Maârif - Casablanca Tél. 05 22 20 45 45			
Cachet du médecin :  <i>Dr. EL BONNA El Hassa</i> <i>PERMANE</i> <i>54, Rue Souk Al Moudaw Sabai</i> <i>Maârif - Casablanca</i> <i>Tél. 05 22 20 45 45</i>			
Date de consultation : <i>20.08.2020</i>			
Nom et prénom du malade : <i>Art Kechkach hicham</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>alimentation</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>maladie</i>			
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 : *15/07/2020*

Signature de l'adhérent(e) : 

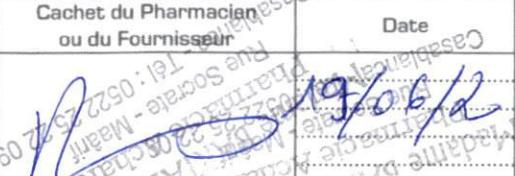
Signature de la Mutuelle : 

Signature de l'assureur : 

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
19/6/10	C2	1	250	INP :  Dr. E. PELLETIER 1 Rue Solférino 75007 Paris Tél. 01 45 22 52 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/6/10	711,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

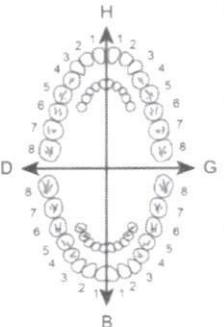
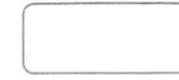
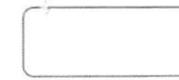
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

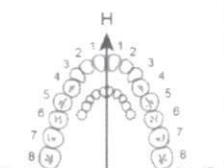
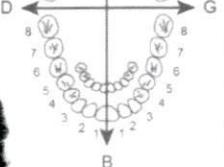
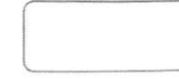
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX 
H	25533412 21433552 00000000 00000000	
D	00000000 00000000 35533411 11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession		
MONTANTS DES SOINS 		
DATE DU DEVIS 		
DATE DE L'EXECUTION 		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور الحسن البنا



اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

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

Casablanca, le 19.6.2022

Zyad A. J. Kech Kech

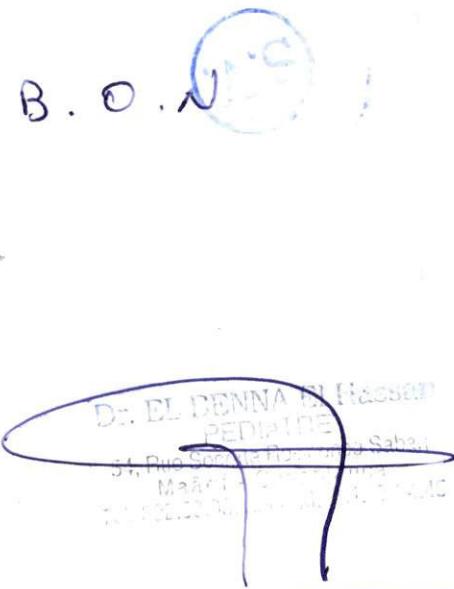
3641 ~
- Vanuvar (S.A)

186,92
- Hennie (S.A)

139,20
- Priarie (S.A)

26,92 ~~Vitamine D₃ B.O.N.~~ (S.A)

7111
~~1111~~
Dr. EL BENNA EL Hassan
PEDIATRE
Casablanca - Tel: 0522.252.06
Rue Socrate - Maârif - Casa
Urgence: 05.22.98.03.46



54. زنقة سقراط إقامة صباح (الطابق الأول) الماري - البيضاء -

الهاتف : 05.22.98.03.46

المستعجلات : Urgence 06.61.17.34.45



Measles, mumps and rubella vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola
Powder and solvent for solution for injection
Poudre et solvant pour solution injectable
Polvo y solvente para solución inyectable
Subcutaneous use or intramuscular use
Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire
Vía subcutánea o vía intramuscular

ID : 644411R2
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 139,20 DH
6 118001 140923



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles
1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles
1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

1 dose/dosis (0.5 ml)

Priorix™

Priorix is a trade mark of the GSK group of companies
©2017 GSK group of companies

VRIX 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.



ID : 644409

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 186.90 DH



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

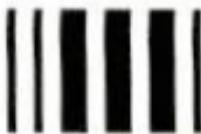
Virus de l'hépatite A, souche HM 175 (inactivé)^{1,2}.....720

¹ produit sur cellules diploïdes humaines (MRC-5)

² adsorbé sur hydroxyde d'aluminium (0,25 mg Al³⁺)

* 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.



BATCH MAN 0919
HP358 EXP 0823

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تحتى تتمام المقدار الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقرر التسجيل



BOUCHARA-RECORDATI

GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

