

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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-518524

NPD: 34848 - ERD

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8821	Société : RAD		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : Amina	
Nom & Prénom : CHERKAOUI			
Date de naissance : 20/09/1960			
Adresse : 111 Rue Sebla BANDAR, Casablanca			
Tél. : 0661 21 57 48 Total des frais engagés : 640,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR NAHALANCOR
Spécialiste Pédiatre
111 Rue Sebla BANDAR
Casablanca
0522 26 1052 26 26

Date de consultation : 01/07/2020

Nom et prénom du malade : BOUSSALHAM

Age: 34

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :



24 JUIL 2020

ACCUEIL SIEGE RAD 01.07.2020

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
01/7/2022	Ca	1	250,00	INP : 09 M 2181 WAHALAHcen sédiatrie BANDAR chance aff

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Dose(s) Montant Fabrication
	05/02/2010	11 RUE HOPITAL 01 64 05 22 64 52 T = 35000

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation 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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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 H				
	25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	D	G		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
	B			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

Docteur NAHA Lahsen

Spécialiste Pédiatre

Diplômé d'assistant étranger des maladies neurologiques

et électro-encéphalographie de l'Université de Paris

Membre de la société Française de neurologie pédiatrique

Membre de la ligue Française contre l'épilepsie

Sur Rendez-vous

الدكتور النها لحسن

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

حاائز على دبلوم أمراض الأعصاب

و تحظيط الدماغ من جامعة باريس

عضو بالمنظمة الفرنسية لعلاج أمراض الصرع

بالموعد

Casablanca, le : 01 JUIL 2020

Bm ssel hem Fred

390.0

Ven VEX



4.390.0



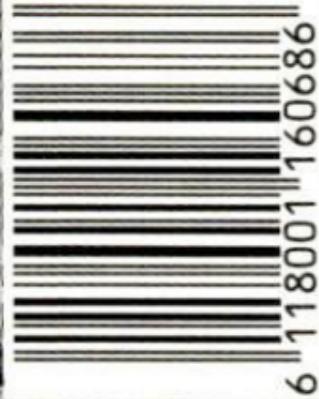
Docteur NAHA Lahsen
Spécialiste Pédiatre
111, Rue Sebta RÉSIDENCE BANDAR
Q. des Hôpitaux-Casablanca
Tél: 0522864626 / 0522861111

titulaire de l'AMM et fabricant/
صاحب رخصة التسويق والمصنّع
Merck Sharp & Dohme Corp.
70 Sumneytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
États-Unis-الولايات المتحدة الأمريكية/
Formulation réfrigérée stable.

libéré par/

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

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
P.P.V : 390,00 DH
AMM 280/14 DMP/21/NNP
Distribué par MSD Maroc



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

VARI[®]VAX

(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour
reconstitution.

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال

®
فاريفاكس

فيروس ذات الحماق حي موطن سلالة أوكا / ميرك

قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

