

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est

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

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- 062117

ND: 49917

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7121 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAKANI Abdelhadi

Date de naissance : 14/10/1963

Adresse : Lot agence urbaine Rue Ali N°16 Casablanca

Tél. 065346215 Total des frais engagés : 125,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation 04/11/20

Nom et prénom du malade : HAKANI, Abdelhadi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vaccin

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 ce formulaire et je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 03/12/2020 Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.11.22	125,30

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

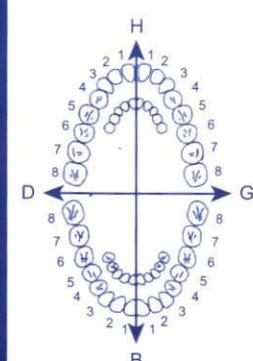
Veuillez joindre les radioographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Le : 04/11/20

Mr HAKANI AbdelHAD

2) Vazi Cni p
(Géodore)

~~PHARMACIE JAMAIE SOFIA SARLAU~~
~~Dr. BOUATTADA RIAD~~
~~Riad Sofia GH 2 N° 949 Lissas~~
~~Casa - Tél : 05 22 65 08 57~~





PHARMACIE JNANE SOFIA
RIAD SOFIA GH2 N 149 LISSASFA CASABLANCA

Docteur en pharmacie

R.C :288536

Patente:36292155

T.V.A:

C.N.S.S:9720261

Tél :0522650857

Le 19/11/2020

FACTURE N°217

N° ICE : 000033103000074

HAKANI ABDELHADI

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BR	Dont TVA	% Taux
1	VAXIGRIP TETRA 0.5ML VACCIN	125,30	125,30	8,20	7,00



TOTAL T.T.C :

125,30

Nbr Articles	TVA 7% Base :	125,30	Montant :	8,20	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	------	----------------	--	---------

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Vingt Cinq Dirhams et 30 centimes.*

883 III 82

SN: 136D2P4DSE51N4

三

MANUFACTURER: 10082020
LOT: 03K304V
EXP.: 07-2021

- Suspension injection in single pre-filled syringe preferable to extension for infection in pre-filled syringes
- Vaccine grip shall quadrivalent inactive
- Quadrivalent influenza vaccine (split) (inactivated)
- Single dose syringe (0.5 mL) with attached needle
- Pre-filled pre-empitope (0.5 mL) with attached needle
- Use intramuscular (IM) or subcutaneous (SC)

Vaxigrip Tetra®

l'application de la réglementation sur les substances chimiques dans l'environnement (RSC) et la réglementation sur les substances et les mélangeurs (RSRM). Ces deux régulations sont en vigueur depuis le 1er juillet 2019.

on triggered
inactivated)

Vaccine	Suspension for injection in pre-filled syringe
Quadrivalent influenza vaccine (split strain, inactivated)	1 serograde pre-eruptile syringe (0.5 mL) with aiguille attachée à pré-filé
Voice intramuscular (IM) or subcutaneous (SC) use	Voice intramuscular (IM) ou sous-cutanée (SC)
Intramuscular (IM) or subcutaneous (SC) use	Intramuscular (IM) ou sous-cutanée (SC)

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Lire la notice avant utilisation.
Conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C).
Conservé la seringue dans l'emballage jusqu'à
l'indiquer dans la prévention de la grippe.

Chlorure de sodium, phosphate disodique dihydrogénopotassique, chlorure de potassium, eau pour préparation d'une la notice avant utilisation.

Sodium chloride, disodium phosphate dihydrate, potassium

75

Saison/Saison
2020/2021

Sanofi-aventis Maroc 
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.F V : 125,30 DH



118901 082247