

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-614452

84852



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL IDRISSI A 63

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse :

Tél. 0664 79 1442

Total des frais engagés :

61400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Adil FATHALLAH
Pédiatre
Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm.
65 Et 7 RDC Quifa-Casablanca
Tél. 0522 20 45 45 Urgences : 06 66 43 76 67

Date de consultation : 18/09/2018

Nom et prénom du malade : EL IDRISSI - Lyass

Age : 18/12/19

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/09/2018

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
18/09/2021	Q	250	INP : 051040806	Docteur Adil FATHALLAH Pédiatre Résidentiel Al Hadouss Imm. 65 Ch 7 RDG Alia-Basabianca Tél : 06 66 48 76 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHORAFI El Adouinine - Sidi Rana 761.05.22.96.93.85	18/09/2021	364,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

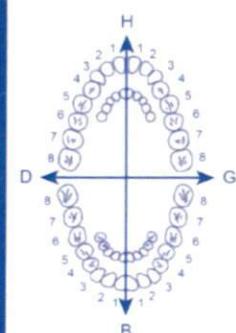
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

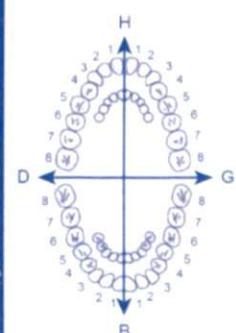
Important :

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 :



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Adil Fath Allah

Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Roch
Ex. Chef du service de Pédiatre Hôpital Hassani



الدكتور عادل فتح الله

إختصاصي في أمراض الطفل والرضع
طبيب سادقاً يستشفى الأطفال ابن رشد
رئيس ساقاً لقسم الأطفال يستشفى الحسني

18/09/2021

Titulaire de l'AMM et fabricant/
صاحب رخصة التسويق والمصنع

Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Sunnystown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية

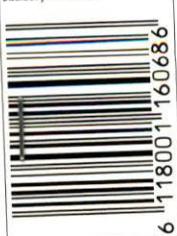
Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التأشيرة من قبل

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

VARIVAX® vaccin
Suspension stable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
PPV: 364,00 DH
AMM N°: 789/16DMP/21/NSF
Distribué par MSD Maroc



Elidnissi

Ellyas

364

Vac Va o

VARIVAX®

(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.

فاريفاكس®

فirus داء الحصبة هي موطن سلالة لوكا / ميرك

فirozdat خرفة واحدة من 0,5 ml من مسحوق الفرج وفirozdat خرفة واحدة من 0,7 ml من ملطف. (اعدا الشفاف)



Docteur Adil FATHALLAH
Pédiatre
Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm
65 Gh 7 RDC Oulfa Casablanca
Tél : 0522.91.00.30 - Urgences : 06 66 48 76 67

PHARMACIE CHOREA
Dai Chora Km 27 Rte d'Azemmour
El Alapuiyine - Sidi Rahel
Tel : 05 22 96 93 85