

## 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

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 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

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-670977

9687

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12739	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HARIRI Nahil			
Date de naissance : 23/10/1984			
Adresse : 3, Rue Abbès EL AKKAD, Rue l'IRIS, Qu des hôpitaux			
Tél. : 0662222780	Total des frais engagés : 1164,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : M 19/12/2021			
Nom et prénom du malade : EL HARIRI Nahil			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Voici			
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) : A.

Le : 21/12/2021

### 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
11/22/2023	S	1	300\$	INP : 0510220000 Dr. Rachid BENNAJIB Résidence du Centre - Ben Saïd 30, Rue du Maroc - 10100 Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Rachid BENNAJIB Résidence du Centre - Ben Saïd 30, Rue du Maroc - 10100 Casablanca	11/22/2023	864,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 : <input type="text"/>
				<input type="text"/>

**Dr. Rachid BENNOUNA**  
**PEDIATRE**

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

Casablanca, le .....



11.12.2021

بدبنونة

الرضيع و الطفل

طب بباريس

عد سابقا

باريس



MANUF.: 09082019

LOT: T3M308V

EXP/CAD: 07-2022

PC/GTIN: 03664798014143

SN: 136T3WVH3099R9



الدار البيضاء، في

**Nourrisson EL HARIRI Med Ghali**

411,00

1 HEXAXIM

364,00

2 VARIVAX

89,50

3 D3NORM 200U GOUTTES BUVABLES

3 gouttes le matin. diluer dans 5ml de lait une fois par jour, jusqu'à

Age : 18 mo

Poids : 15,0

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâa Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1FL 2  
AIG SP  
P.P V: 411,00 DH  
A 118001 082083

Titulaire de l'AMM et fabricant/  
صاحب رخصة التسويق والمصنع  
Merck Sharp & Dohme Corp.  
770 Summe Town Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
Etats-Unis/ الولايات المتحدة الأمريكية/  
Formulation réfrigérée stable.

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

VARIVAX® vaccine  
Suspension injectable  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
PPV: 364,00 DH  
AMM N°: 789/160MP/21/NSF  
Distribué par MSD Maroc



Mme  
DOUAIK  
PHARMACEUTIQUE  
47 Boulevard  
Tél: 0522 26 09 44

Dr. Rachid BE  
Pédia  
Résidence du Ce  
30, Rue du Ma  
Tél: 0522 98 65 98

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشى - المغاريف - 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