

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

- Réclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-671683

126167

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12538 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK NABIL

Date de naissance : 12/02/1986

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2022

Nom et prénom du malade : LAZRAK LILA

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.

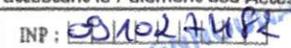
MUPRAS
16 JUIN 2022
ACCUEIL
H. HAKANI

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.

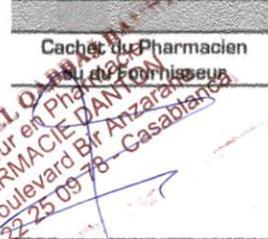
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13.06.22 | S | | 3000 | INP :  Dr. Rachid BEN SAÏD Pédiatre Résidence du Centre Ben Said 30, Rue du Marché Maarif 20200 Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  Mme Amal EL OUBRAÏ Docteur en Pharmacie PHARMACIE DANNOU 47 Boulevard Bir Anzarak Tél 0522 25 09 78 - Casablanca | 13/06/22 | 899,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

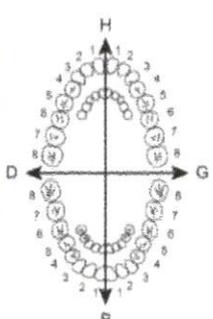
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

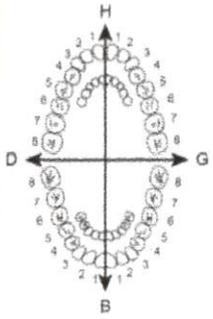
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ODF PROTHESES DENTAIRES

|  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|--|--|----------------------|--|
| | D | G | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | 00000000 95533411 | 00000000 11433553 | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachid BENNOUNA

PEDIATRE

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



الدكتور رشيد بنونة

إختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل
خريج كلية الطب بباريس
أستاذ مساعد سابقا
بمستشفيات باريس

Casablanca, le..... في الدار البيضاء،

13.06.2022

Nourrisson LAZRAK Lila

Age : 13 mois 3 jours

Poids : 10,00 Kg

760,00

1 PREVENAR 13



139,00

2 PRIORIX

Mme Amal EL QADHAJ BATTAL
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47 Boulevard Bir Anzarane
Tél 0522 25 09 78 - Casablanca



899,00

Dr. Rachid BENNOUNA
Pédiatre
Résidence du Centre Ben Said
30, Rue du Marché - Maârif
Tél: 0522 98 65 98 - Casablanca

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشي - المعاريف - 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

Fabricant responsable de la libération des lots :
Wyeth Pharmaceuticals
New LaneHavant
Hampshire, PO9 2NG
Royaume-Uni

Pfizer Manufact
Rijksweg 12
B-2870 Puurs
Belgique

Prevenar 13[®] 
suspension injectable PPV : 760,00 DH



AMM N° 580/18DMP/21/NRS

RESPECTER LES DOSES

Liste I - Uniquement

 **GlaxoSmithKline Maroc**
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139,20 DH

ID: 648254







accine
reillons et la rubeole
parotiditis y la rubéola
for injection
injectable
yectable
scular use
amusculaire
cular

1 dose/dosis (0.5 m

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needle
1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-rempl
avec solvant + 2 aiguille
1 vial con polvo + 1 jeringa prellenat
con solvente + 2 aguja

Keep out of the sight

serve