

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.

N° W21-769690

149 630

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1281	Société :	PAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : M'HADER MEHDY			
Date de naissance : 29/04/1987			
Adresse : HAY NASSER CASABLANCA TRANCHE 34 Rue 3 APT 22 CASABLANCA			
Tél. :	0661931811	Total des frais engagés : 662,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14.02.23

Nom et prénom du malade : M'HADER Rito Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

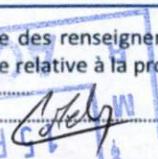
Nature de la maladie : VACCIN

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 la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 14/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

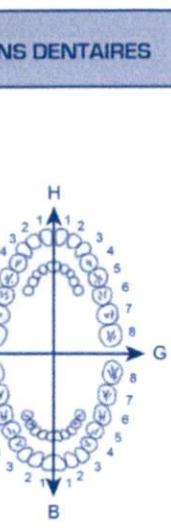
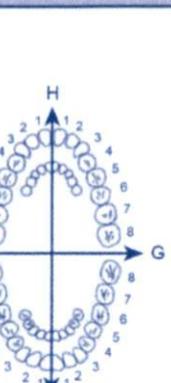
FEV. 2023

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
14.08.23 C.S.			200 Dhs	INP N° 1169431 Dr. MIZNEB Néanimité n° 1, secteur 1, 05 37 57 0

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MINBAT Mehdi Ben Berka, Souissi Rue - Tel: 05 37 75 16 07 E: 00175114000050 INPE : 102008818	14/02/2023	342,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000																	
	35533411																	
	B	11433553																
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie
Médecine et réanimation néonatale
Hématologie pédiatrique



د. زينب غانمي

أستاذة مبرزة في طب الأطفال
طب وإنعاش حديثي الولادة
أمراض الدم و علم أورام الأطفال

الرباط، في
10/10/23
PR. GHANIMI ZINEBI
Professeur agrégée de pédiatrie
Médecine et réanimation Néonatale
3, Rue Hab Lamlouk, Immeuble Essafae
Appartement 1, secteur 9
Rabat, Tél. 0537570154
Hay Riad

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Avaxim 80 Inj b1 ser 0.5 ml
PPV : 203,00 DH
6118001 081356

139,20
OPRIDIUZ

203,00
② AVMAZI 80

342,20

PHARMACIE AL MINBAT
18, Av. M'hamed Ben Barka, Souissi
Rabat - Tél: 05 37 75 16 07
ICE : 061751114000050
INPE : 1020088018

PR. GHANIMI ZINEBI
Professeur agrégée de Pédiatrie
Médecine et réanimation Néonatale
3, Rue Hab Lamlouk, Immeuble Essafae
Appartement 1, secteur 9
Rabat, Tél. 0537570154
Hay Riad

3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,
appartement 1, secteur 9.
Hay Riad. Rabat.
Tél. : 0537.57.01.54 INPE 101169431



zineb.ghanimi@gmail.com

3، زنقة حب الملوك، عمارة الصفاء،
شقة رقم 1، دائرة 9
حي الرياض.
الهاتف: 0537.57.01.54

Priorix



Measles, mumps and rubella vaccine

Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection

Poudre et solvant pour solution injectable

Polvo y solvente para solución inyectable

Subcutaneous use or intramuscular use

Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire

Vía subcutánea o vía intramuscular

ID:651053
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:139,20 DH
6 118001 140923



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles

1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles

1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

Priorix

Trade marks owned or licensed by GSK
©2019 GSK or licensor



Read the package leaflet before use • Medicinal product subject to medical prescription • Keep out of the sight and reach of children

Consulter la notice avant utilisation • Produit médicamenteux soumis à prescription médicale • A conserver hors de la vue et de la portée des enfants

Antes de usar, leer el instructivo anexo • Producto medicinal sujeto a prescripción médica • Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños

Priorix



The powder must be reconstituted with the solvent

La poudre doit être reconstituée avec le solvant

El polvo debe reconstituirse con el solvente

After reconstitution/Après reconstitution/Después de la reconstitución,

1 dose/dosis (0.5 ml) contains/contient/contiene:

Live attenuated measles virus (Schwarz strain)/ Virus de la rougeole vivant atténué (souche Schwarz)/ Virus vivo
attenuado del sarampión (cepa Schwarz)

1 dose/dosis (0.5 ml)

Inj./Inyec.: S.C. / I.M.



≥ 10^{3.0} CCID₅₀/DICC₅₀

Live attenuated mumps virus (RIT4385 strain)/ Virus des oreillons vivant atténué (souche RIT 4385)/ Virus vivo
attenuado de la parotiditis (cepa RIT 4385)

≥ 10^{3.7} CCID₅₀/DICC₅₀

Live attenuated rubella virus (Wistar RA 27/3 strain)/ Virus de la rubéole vivant atténué (souche Wistar RA 27/3)/

Virus vivo attenuado de la rubéola (cepa Wistar RA 27/3)

≥ 10^{3.0} CCID₅₀/DICC₅₀

Neomycin sulphate is present as residual/ Résidu du procédé de fabrication : sulfate de néomycine/ Presenta

sulfate de neomicina como residuo

Storage/Cons.: 2°C - 8°C

Do not freeze • Protect from light • Shake well after reconstitution

Ne pas congeler • A conserver à l'abri de la lumière • Bien agiter après reconstitution

No congelar • Proteger de la luz • Agitar bien después de reconstituir

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.
Rue de l'Institut, 89
B-1330 Rixensart, Belgium/ Belgique/
Bélgica