

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-814975

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12530			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAM
Nom & Prénom : AZIZ EIS ILHAM			
Date de naissance : 01/12/1984			
Adresse : Résidence ESEN TAHARIS IMM 3 APPT C3 Rue Boua 339			
Tél. : 06 79 43 25 34		Total des frais engagés : 1623,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr ABAKKA BOUCHRA Pédiatre Imm 62 Etg 2 N°4 Bv Sidi Abderrahman Beauséjour - Casablanca INPE: 091183798			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 03/10/2023			
Nom et prénom du malade : Ben lairine Salma Age: 2 ans			
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		<input checked="" type="checkbox"/> 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 : 03/10/2023
Signature de l'adhérent(e) : 

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE DE L'AEROPORT me. L'AMNIAIBRO Pd. Sidi Abderrahman Tour Casablanca S22 39 06 36	3/10/23	1423,00

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																
					Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																
					Montants des soins <input type="checkbox"/>																
					Début d'exécution <input type="checkbox"/>																
					Fin d'exécution <input type="checkbox"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	D		00000000	00000000	G		00000000	00000000	B		35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>
H		25533412	21433552																		
D		00000000	00000000																		
G		00000000	00000000																		
B		35533411	11433553																		
					Montants des soins <input type="checkbox"/>																
					Date du devis <input type="checkbox"/>																
					Date de l'exécution <input type="checkbox"/>																

Docteur **ABAKKA Bouchra**
Pédiatre

Ancien médecin interne
au CHU Ibn Rochd

Allergologie de l'enfant

Diplôme en Nutrition infantile

Membre de la société marocaine
d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique
(SMEDIAP)



Cabinet de Pédiatrie
Beauséjour

الدكتورة أباكة بشرى
طبيبة أطفال

طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشاري
الجامعي ابن رشد

الحساسية عند الطفل

دبلوم في التغذية عند الطفل

عصوية في الجمعية

لأمراض الغدد والسكري عند الطفل

Casablanca le : 3/10/23 .. الدار البيضاء في :

Salma

Ben kirine.

252,00

1) Rotenix 

A = 1

PHARMACIE D'ABERLAZ
ROUTE D'AEROPORT D'ANE
Mme. L'ABERLAZ
72, Bd Sidi Abderrahman
72, Beauséjour - Casablanca
Tél: 0522 39 06 36

760,00

2) Prevenar 

A = 1

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebâ Casablanca
HEXAMIX 0.5ML 1F 2
AIG SP
P.P.V: 411,00 DH

411,00

3) Hexaxim 

A = 1

1423,00

Dr ABAKKA BOUCHRA
Pédiatre
Immeuble 62 Etg 2 N°4 Bv Sidi Abderrahman
Beauséjour - Casablanca
INPE: 091183798

Titulaire de l'AMM au Maroc :
Laboratoires Pfizer S.A.
km 0.500, Route de Oualidia
BP 35
24 000 El Jadida, Maroc

Prevenar 13®
suspension injectable PPV : 760,00 DH



6 118001 171057

Fabricant:
Pfizer Manufacturing Belgium N.V.
Rijksweg 12
B-2870 Puurs
Belgique

AMM N° 580/18DMP/21/NRS

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم дозы, прописанные врачом
Liste I - Uniquement sur ordonnance
لائحة 1 - بصرف بوصفة طبية

PAA191177

1 dose (1.5 ml)
1 dosis (1.5 ml)

1 tube
1 tubo

gsk

Rotarix

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus

rotavirus

sage pédiatrique/ Uso pediátrico

pediátrico/ Via oral

Ne pas injecter/ No se inyecte

ID: 651054

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV: 252,00 DH

