

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-835543

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A.2533 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : MHADER MEHDI

Date de naissance : 29/04/1987

Adresse : MAY NASSI ABAYEEN TRANCHE 2 D113 APT 22

CHSA BLANCA

Tél. : 066193 12 12 Total des frais engagés : 86700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9/02/2024

Nom et prénom du malade : Mhader Rifa Age : 2 ans 7

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

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 : CHSA BLANCA Le : 08/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
9/2/2020	LS	3000		Dr. Badia BENHAMOU 46, Jaba, Agdal - Rabat Tél/Fax : 05 37 67 40 84 / 85

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date : 09/02/2020 Montant de la Facture : 567,00

### 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 : AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires :

### 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 traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					

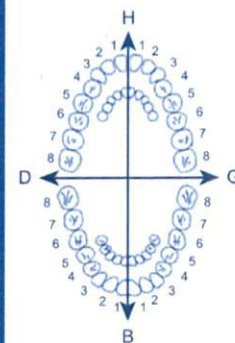
### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENHAMMOU Badia

ép. LAKHMIRI

Professeur de Pédiatrie

Diplômée de la faculté de Médecine  
de Rabat et de René Descartes (Paris)



الدكتورة بنحمو بديعة

زوجة الخميري

أستاذة في طب الأطفال

خريجة كلية الطب بالرباط

وروني ديكارت بباريس

Rabat, le 9/2/2024 الرباط في

Khader Rita . 2km 7/12

364100

1) Vaccines

203100

2) Mamm 80

564100

Dr. Badia BENHAMMOU  
PEDIATRE  
46, Jbal Tazaka, Agdal - Rabat  
Tél./Fax : 05 37 67 40 84 / 85

PHARMACIE AL MINBAT

18, Av. Mehdi Ben Berka, Souissi

Rabat - Tél : 05 37 75 16 07

ICE : 001751114000050

INPE : 102008018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Avaxim 80 inj b1 ser 0,6 ml  
PPV : 203,00 DH  
6 118001 081356

46 مكرر ، زنقة جبل تازكا - أكدال - الرباط - الهاتف : 05 37 67 40 84 - الفاكس : 05 37 67 40 85

46 Bis ,Rue Jabal Tazaka - Agdal -Rabat - Tél: 05 37 67 40 84 - Fax : 05 37 67 40 85

En Cas d'urgence : 06 61 30 61 69 - E-mail : badia.benham@gmail.com

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

Merck Sharp & Dohme Corp.

770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4

West Point, Pennsylvania, 19486,

الولايات المتحدة الأمريكية/ Etats-Unis

Formulation réfrigérée stable.

**Libéré par/**

يتم اصدار التشغيل من قبل

Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39, P.O. 581

2031 BN, 2003 PC Haarlem

هولندا/ Pays-Bas

VARIVAX® vaccin

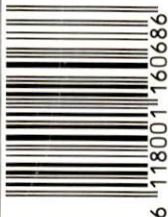
Suspension injectable

Boite d'un flacon unidose de 0,5 ml

P.P.V: 364.00 DH

AMM N°: 789/16DMP/21/NSF

Distribué par MSD Maroc



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**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.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الاطفال

**فاريفاكس®**

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح

وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعادة التشكيل

