

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 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 une fois par an.

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A2071

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MHADER BENHADJ

Date de naissance : 29.04.1987

Adresse : HAY NASSIRI 10 AVENUE 1 TRANCHE 1 1113 APT 22

CPA : 10000 CASABLANCA

Tél. : 06 6193 12 12

Total des frais engagés : 867.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9/10/2024

Nom et prénom du malade : Mhader Benhadj

Age : 2 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Urticaria

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

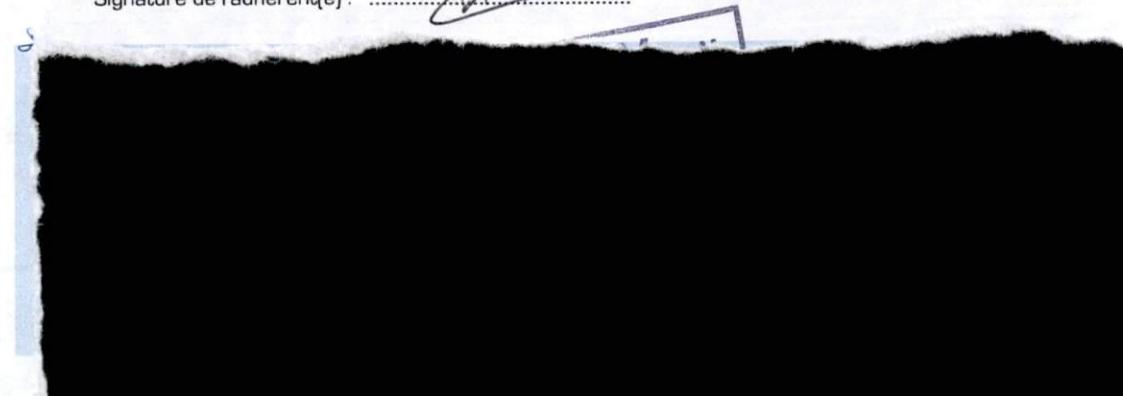
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 05/03/2024

Le : 05/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : Mhader Benhadj



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
9/2/2020	LS	30000	Dr. Badia BENHANOUN PEDIATRE 46, Jaber Zekka Agdal - Rabat Tél./Fax: 05 27 57 40 84 185	100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE AL MINEA Av. Mehdi Ben Barka, 37 75 16 07 Rabat - Tel: 05 37 75 16 07 ICE : 0017511400050 INPE : 102008818	09/02/24	567,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires
---	-------------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENHAMMOU Badia

ép. LAKHMI

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

Master Rita 2th 7/11

364100
1) Vacuas

223100
2) Avaxim 80

567100

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

PHARMACIE AL MINBAT

18, Av. Mehdi Ben Barka - Souissi
Rabat Tel. 05 37 75 16 07
TCE : 001751114000050
INPE : 102008018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Avaxim 80 Inj. b1 ser. 0,5 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,
Etats-Unis
الولايات المتحدة الأمريكية/الولايات المتحدة الأمريكية

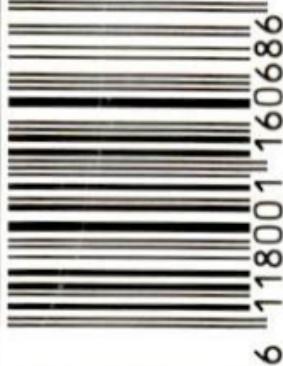
Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم اصدار التشغيل من قبل

Merck Sharp & Dohme BV
Waarderweg 39, P.O. 581
2031 BN, 2003 PC Haarlem
Pays-Bas/هولندا

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte 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®

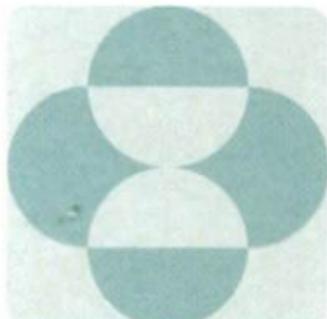
(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])

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 ومرأى الأطفال

®
فاريفاكس

فيروس داء الحماق حي موطن سلالة أوكا / ميرك
فقارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل



MSD