

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-813627

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.418 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Benzouigj Cemen  
 Date de naissance : 07/07/1993  
 Adresse : Tit Mellil Casablanca  
 Tél : 0669875675 Total des frais engagés : 203596 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Vaccination  
 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 : / / Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

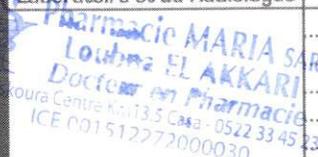
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/02/2024		CG		INP : 05 MB 8440

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE 092041433 Pharmacie MARIA SARI Louiza EL AKKARI Docteur en Pharmacie Centre n° 135 Casablanca - 0522 33 45 23 ICE 001512772000030		550,90

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Pharmacie MARIA SARI Louiza EL AKKARI Docteur en Pharmacie Centre n° 135 Casablanca - 0522 33 45 23 ICE 001512772000030			

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

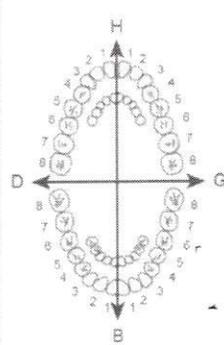
**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**SOINS DENTAIRES**

Traitées	Soins	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Début d'exécution	Fin d'exécution

**D.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Date du devis	Date de l'exécution																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G					
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
G																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KHAYRAT Myriam

Pédiatre

Spécialiste des maladies  
des enfants et des Nourrissons

الدكتورة خيرات مريم

طبيبة أطفال  
إحصائية في أمراض  
الأطفال و الرضع

Sur Rendez-vous | du lundi au Vendredi 9:00 - 16:00 من الاثنين إلى الجمعة | بالموعود  
samedi 9:00 - 13:00 السبت

Bouskoura, le ..... في بوسكورة

BENAZIZ Ghali

188.00

Hawia

364.00

Vanuxa

11 550.00



Pharmacie MARIA SARI  
L'Onza EL AKKARI  
Docteur en Pharmacie  
Bouskoura Centre N°13.5 Casa - 0522334523  
ICE 001512272000030

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

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار الترخيص من قبل

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

VARIVAX<sup>®</sup> vaccin  
Suspension injectable  
Boite d'un flacon unidose de 0,5 ml  
PPV: 364.00 DH  
AMM N°: 789/160MP/21/NSF  
Distribué par MSD Maroc



70071295/00-1  
4979

Tenir hors de la portée

**VARIVAX**

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

Un flacon unidose de 0,5 ml  
un flacon unidose 0,7 ml  
reconstitution.

في الأطفال

سلالة أوكا / ميرك  
مل من مسحوق اللقاح  
من مخفف لإعادة التشكيل

