

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.

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° W19-454776

Brahim

C.A

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

(Bolo)

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *4503*

Société : *RAN*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *EL KABIRI Mohamed*

Date de naissance : *03/11/62*

Adresse : *El Boustante, sec-16 Hayfa Rabat*

Tél. : *06 61 17 34 34*

Total des frais engagés :

660,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : *28/11/2019*

Nom et prénom du malade : *El kabir Mohamed*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : *Rabat*

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *28/11/19*

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 Recouvrement des Actes
28/11/2019	CSH		250 Dhs	G. J. INPE INP : 101191559  Dr. J. INPE PEDIATRE Alhambra Sous Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL AMAL Boulevard ZOUITEN P.O. Box 102003422 Tel. 053-2811219	18.7.2011	390,00

Dr. Fa
S

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

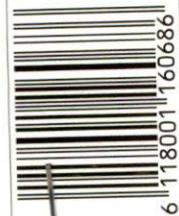
Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
Etats-Unis / الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/ يتم إصدار التشغيل من قبل

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

VARIVAX® vaccine
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
PPV - 390,00 DH
AMM 286/74 Oner / ZT/NRP
Distribué par MSD Maroc



LALAMI
atrie



الدكتورة فاطمة لمون العلمي
لخصائية في حب الأطفال

Salé, le : 28.11.13

سلام، في:

El Kabilii Malika

Dr. Fatima LALAMI APP13
24 Av. Ahmed Benaboud n°03
Mellah Jdid - Salé - 39000
Maroc 05.37.88.04.37

39.00

Variavax .

390.00

صيدلية الهمم
Bensalem ZOIJEN - ميدان
Pharmacie AL AMAL
24, Av. Benaboud Salé Tel. 05.37.78.18.77
Code INPE 102003423

Dr. Fatima LALMOUZ LALAMI APP13
24 Av. Ahmed Benaboud n°03
Mellah Jdid - Salé - 39000
Maroc 05.37.88.04.37

زنقة أحمد بنعبد ، الدار رقم 03 ، باب لمريسة ، الملاح الجديد - سلا - العيادة : 05.37.88.04.37
Angle 24 Avenue Ahmed Benaboud et 02 Rue Ahmed El Bakri, Apt. n°03, Bab Lamrissa, Mellah Jdid - Salé
Cabinet : 05 37 88 04 37 - E-mail : fatimalahmouz@yahoo.fr