

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

- 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° P19- 0007961

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12281 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RMAIL Mouhsine Date de naissance : 11/09/78

Adresse :

Rue PLAZA 1 Im N°6 Mohammed

Tél. 0661167638

Total des frais engagés : 614,02 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 :

Rmail Sophie

Age :

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 : 03/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MS Deby

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/09/90 | S | 1 | 250,00 | DOGHRI COSTA L |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  <i>Dr. Asmae Chahri B24, Cercle Commercial Mariâne Sidi Chérif El Mars - Casablanca CS 22 57 20 41</i> | 15/06/2023 | 356.00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES RADIOGRAPHIQUES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

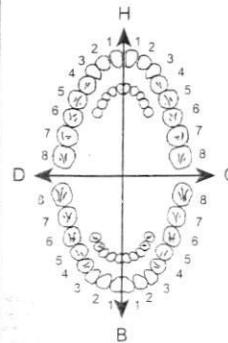
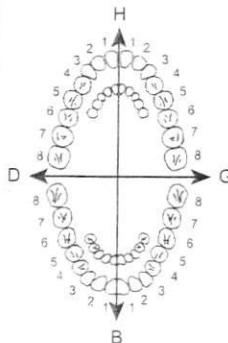
AUXiliaires MEDICAUX

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 | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|--|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|
| | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | MONTANTS DES SOINS [Empty box] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DEBUT D'EXECUTION [Empty box] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | FIN D'EXECUTION [Empty box] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | G | 25533412 | | 21433552 | 00000000 | | 00000000 | D | | G | 00000000 | | 00000000 | 35533411 | | 11433553 | B | | B |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS [Empty box] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS [Empty box] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION [Empty box] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DOCTEUR JALAL EL OUDGHIRI

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Néonatalogie - Urgence

Endocrinologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Dijon

Ancien Médecin des hôpitaux de France



الدكتور جلال الودغيري

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات

مختص في أمراض الغدد عند الطفل

خريج كلية الطب ديجون

طبيب سابق بالمستشفيات الفرنسية

15/06/2020

RMAIL SOPHIA

Age: 1 ans 6 mois 30 jours

Poids: 12,15 Kg

364,00

- Varivax vaccin 0.5 - poudre pour suspension injectable

Pharmacie Chorophytum
Dr. Asmae Guédira
B24, Centre Commercial
Mariane Sidi Othmane
Bd. 10 Mars - Casablanca
Tél : 05 22 57 28 31

Dr. Jalal El Oudghiri
35, Avenue 2 Mars Casablanca
Tél.: 05 22 26 52 35 - GSM : 06 61 21 70 23

35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - 1^{ère} Etage - Casablanca. Tél. : 05 22 26 52 35 - GSM : 06 61 21 70 23

Fax : 05 22 29 39 73 - E-mail : drjalaleoudghiri@gmail.com

Urgence : Clinique Les Crêtes. 528 Bd Panoramique - Tél.: 05 22 21 20 40

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

Merck Sharp & Dohme (Cyp.)

770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4

West Point, Pennsylvania, 19486,

الولايات المتحدة الأمريكية،

الولايات المتحدة الأمريكية،

الولايات المتحدة الأمريكية،

الولايات المتحدة الأمريكية،

Pays-Bas/هولندا

Liberé par/

بم إصدار المستعملة من قبل

Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39, P.O. 581

2031 BN, 2003 PC Haarlem

Pays-Bas/هولندا

Formulation réfrigérée stable.

VARIVAX®

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

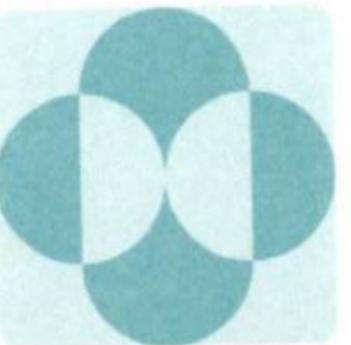
(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])

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.

فيروس داء الحدائق حي موطن سلالة أوكا / ميرك
فلوروز ذلت حرارة واحدة 0.5 مل من مسحوق [اللائح
وقلورة ذات حرارة واحدة 0.7 مل من محتف لإعادة التشكيل

فاريفاكس®



VARIVAX®

poudre et solvant pour suspension injectable,
flacon unidose (0,5ml après reconstitution)Boîte unitaire

P.P.V: 364.00 DH

N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF

Distribué par MSD Maroc

Barcode: 6 118001 160686

70032289/00-3
4979

VARIVAX®
(Virus de la varicelle vivant atténue [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.
فاريفاكس®

فيروس داء الحدائق حي موطن سلالة أوكا / ميرك
فلوروز ذلت حرارة واحدة 0.5 مل من مسحوق [اللائح
وقلورة ذات حرارة واحدة 0.7 مل من محتف لإعادة التشكيل

