

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

N° W19-512069

NP-31524

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12631**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AMARA LILIA**

Date de naissance : **11/02/1988**

Adresse :

Tél. : **06 13 76 14 06**

Total des frais engagés : **460,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHALID BEN MOUCH
6, Bd P. de May Allal Ben Abdellah
Rabat - Maroc - Tel: 05 22 201 202

Date de consultation : **20/04/2020**

Nom et prénom du malade : **AMARA LILIA**

Age : **01 Ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS

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 : **20 AVR 2020**

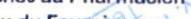
Signature de l'adhérent(e) :

AMARA LILIA

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
20 ABR 2020	G		800	INP : 1111111111111111 Signature Dr KOUAMÉ Yves Dr KOUAMÉ Yves 0537131200 - Tel: 0537131200

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
        	20/11/2020	160,70

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

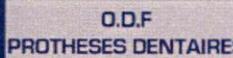
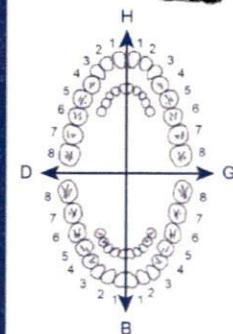
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

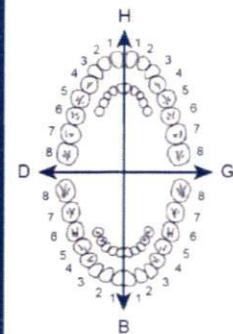


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

ET DU PRATICIEN A

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens

Oncologie - Hématologie

Neonatalogie - Réanimation



خريج كلية الطب باميان - فرنسا

إنعاش حديثي الولادة

أمراض الدم وسرطان الأطفال

Rabat, le الرباط، في :

20/04/2020

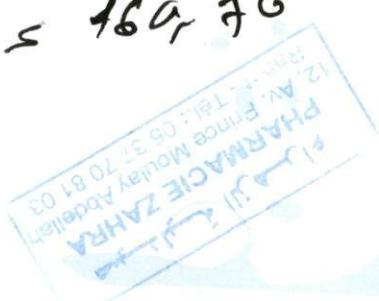
L'enfant AMARA LILIA

٦٩٦٥

Pds : 11,8 Kg Age : 1 a et 3 m

1- PRIORIX

٦٩٦٥
2- DOLIPRANE SUPP. 100 MG
1 suppositoire 3 fois par jour



الدكتور خالد بوحموش
Dr. Khalid Bouhmouch
6, Bd Prince My Abdellah
Rabat - Morocco - Tel. 0537 211202



Storage/Cons.: 2°C - 8°C

Do not freeze • Protect from light • Shake after reconstitution

Ne pas congeler • A conserver à l'abri de la lumière • Agiter après reconstitution

No congelar • Proteger de la luz • Agitar después de reconstituir

491555



Measles, mumps and rubella vaccine

Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection

Poudre et solvant pour solution injectable

Polvo y solvente para solución inyectable

Subcutaneous use or intramuscular use

Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire

Vía subcutánea o vía intramuscular

ID : 644411R2
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 139,20 DH
6 118001 140923



GlaxoSmithKline Biologicals s.a.

Rue de l'Institut, 89

B-1330 Rixensart, Belgium/ Belgique/
Bélgica



gsk

1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles

1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles

1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

1 dose/dosis (0.5 ml)



Priorix is a trade mark of the GSK group of companies

©2017 GSK group of companies