

## 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.

N° W19-542599

ND: 31707. *SN*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12592

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUAFI SADIA

Date de naissance :

17/06/1987

Adresse :

RABAT

Tél. :

0663165945

Total des frais engagés :

980,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du médecin :

Lien de parenté :

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 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 :

RABAT

Signature de l'adhérent(e) :

18 JUIN 2020

ACCUEIL SIEGE RAM

Age: 18  
Enfant

Lui-même  
Conjoint

Naccin

Le : 10/04/2020

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
10/12/2010	CS	1	3000DH	INP : 101167506

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA VENIN EPOUSE KABDI ur en Pharmacie A. E. Mid. CYMR-Abdel A. 27 79 88 74	20/11/2010	145.00.00

AUXiliaires MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (Rows for treatment of teeth 1 to 8 in both arches)	<b>Nature des Soins</b> (Rows for nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Rows for coefficients)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>															
				<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="text-align: center;"> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	
						H	25533412	21433552											
						D	00000000	00000000											
						B	00000000	00000000											
						G	35533411	11433553											
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																			

Docteur Siham MIKOU

Pédiatre



الدكتورة سهام ميكو

اختصاصية في طب الأطفال

العيادة الطبية النخيل

Cabinet Médical Annakhil

الرباط، في ..... 10/4/2020  
Rabat, le 10/4/2020

Boulaam Knadija

~~14900~~ Priorix Vaccin

~~68000~~ ~~3100~~ Synflorix Vaccin

PHARMACE L'AVENIR  
Banssain Epouse KABL  
Drocteur en Pharmacie  
23, Ms3, Av. El Maïd, CYM-Rabat  
Tel.: 05 37 79 88 71

Dr. Siham Mikou  
10/04/2020 - Rabat  
N° 02012424

INP: 02012424

4، زنقة البرغمون، بلوك ن، قطاع 17، حي الرياض - الرباط

4, rue Al Barghamout, Bloc N, Secteur 17, Hay Riad - Rabat

الهاتف : Tél. : +(212) 537 56 35 24  
Email : dr.siham.mikou@gmail.com

# Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie  
Suspensie voor injectie in voorgevulde spuit  
Injektionssuspension in einer Fertigspritze

Vaccin pneumococcique polyosidique conjugué (adsorbé)  
Pneumokokkenpolysacharide conjugaatvaccin (geadsorbeerd)  
Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoff (adsorbiert)

492258

# Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie/ Suspensie voor injectie in voorgevulde spuit/ Injektionssuspension in einer Fertigspritze

Vaccin pneumococcique polyosidique conjugué (adsorbé)  
Pneumokokkenpolysacharide conjugaatvaccin (geadsorbeerd)  
Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoff (adsorbiert)

A conserver au réfrigérateur • A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière • Ne pas congeler • Bien agiter avant emploi

Bewaren in de koelkast • Bewaren in de oorspronkelijke verpakking ter bescherming tegen licht • Niet in de vriezer bewaren • Goed schudden voor gebruik

Im Kühlschrank lagern • In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen • Nicht einfrieren • Vor Gebrauch gut schütteln

**1 dose/ dosering/ Dosis (0,5 ml)**

1 seringue préremplie + 1 aiguille

1 voorgevulde spuit + 1 naald

1 Fertigspritze + 1 Kanüle/Nadel

gsk

**Voie intramusculaire/ Voor intramuskulair  
gebruik.**

ID : 613276

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 531,00 DH

6 118001 142392

Synflorix

GlaxoSmithKline Biologicals S.a.  
ue de l'Institut 89 - B-1330 Rixensart  
elgique/ België/ Belgien  
01/09/508/003



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

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 149,00 DH  
ID: 586411  
Barcode  
6 118001 140923



**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™

GlaxoSmithKline Biologicals s.a. Rixensart – Belgium  
Priorix is a trade mark of the GSK group of companies  
©2014 GSK group of companies



Read the package leaflet before use • Medicinal product subject to medical prescription • Keep out of sight and  
reach of children

Consulter la notice avant utilisation • Produit médicamenteux soumis à prescription médicale • A conserver hors  
de la vue et de la portée des enfants

Antes de usar, leer el instructivo anexo • Producto medicinal sujeto a prescripción médica • Mantener fuera de  
la vista y el alcance de los niños

55x24x133  
A14