

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-542599

ND: 31707.

SN

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12592 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOULAM SAAD

Date de naissance : 17/06/1987

Adresse : Imm 9, Apt 2 RIAD ALMAJID HAY EL PATH RABAT

Tél : 0669 165945 Total des frais engagés : 980,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BOULAM Khadija Age : 32 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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 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

Le : 10/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

# 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
10/12/20	C.S.	1	3000F	INF: 101167506

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL AVENIR AV. El Moudjahid, C.M. Rabat Tél.: 05 37 79 88 74	10/10/20	680,00 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

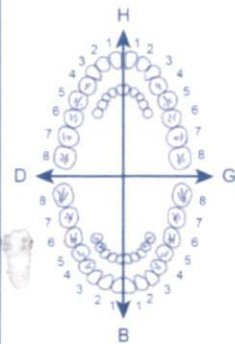
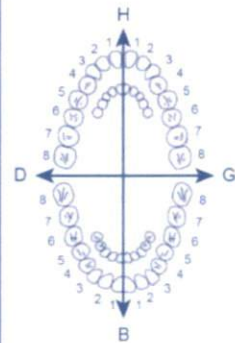
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D 00000000 G 00000000              35533411 11433553              B           </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Siham MIKOU

Pédiatre



العيادة الطبية النخيل  
Cabinet Médical Annakhil

الدكتورة سهام ميكو  
اختصاصية في طب الأطفال

الرباط، في 10/4/2020

Boulam Knadija

149.00 Priorix  
Vaccin

531.00  
680.00 Synflorix  
Vaccin

PHARMACIE L'AVENIR  
Benhsain Epouse KABLI  
Docteur en Pharmacie  
23, M3, Av. El Majd, CYM-Rabat  
Tél.: 05 37 79 88 71

INP : 102012428

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

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

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

492258

# Synflorix

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

Vaccin pneumococcique polysidique conjugué (adsorbé)  
Pneumokokkenpolysaccharide conjugaatvaccin (geadsorbeerd)  
Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoff (adsorbiert)

# Synflorix

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

Vaccin pneumococcique polysidique conjugué (adsorbé)  
Pneumokokkenpolysaccharide 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 intramusculair  
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  
U1/09/508/003



# Priorix™



ID: 586411

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 149,00 DH



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

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**

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

12



55x24x133  
A14