

# 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.



# Declaration de Maladie

N° W19-543565

ND 31708

S/N

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12592

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUAFI SAAD

Date de naissance :

17/06/1987

Adresse :

JM 9 Apt 2 RIAD AL HAJJ HAY EL FAR

Tél. :

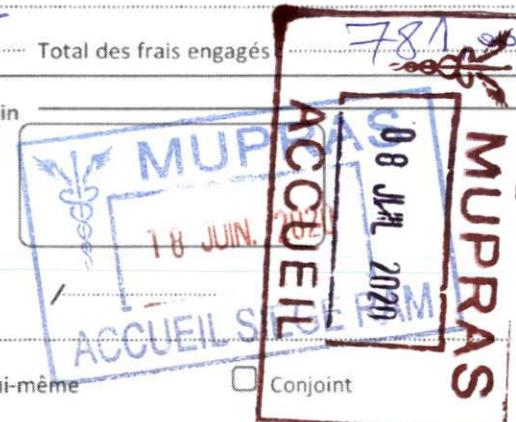
669165945

Total des frais engagés

781 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfan

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

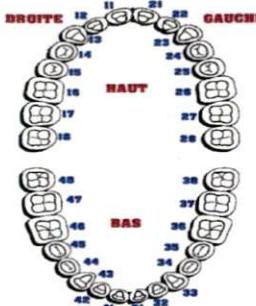
Signature de l'adhérent(e) :

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

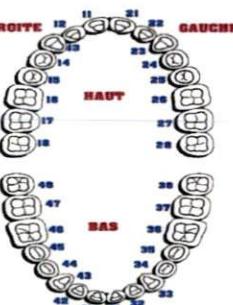
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	25533412	21433552
D	00000000	G	00000000	00000000
	00000000		35533411	11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

Signature et cachet du praticien attestant l'exécution	
--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
----------------	-------	-----

DECLARATION N°	W18-391811	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**

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



W18-391811

DATE DE DEPOT

..... / ..... /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12592		
Nom & Prénom : BOULAM SAAD				
Fonction : O.P.L.	Phones : 0669165945			
Mail : Shoualam@royalairmaroc.com				
MEDECIN		Prénom du patient : Khadija		
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant		
<input checked="" type="checkbox"/> Age : 15mois		Date : 11/12/2019		
Nature de la maladie : Vaccin				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
CS	1	250 DH		
PHARMACIE		Date : 11/12/2019		
Montant de la facture : 531,00 DH				
INP : 102012424				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

*Dr. Siham MILKOU  
Rue Aït Youssef 23, M3  
Docteur en Pharmacie  
Tél : 05 37 79 86 -  
PHARMACIE L'AVENIR  
Benssain Epouse KABLI  
23, M3 Av. El Majd, CYM-Rabat*

CACHET

CACHET



Docteur Siham MIKOU

Pédiatre

الدكتورة سهام ميكو  
اختصاصية في طب الأطفال

العيادة الطبية النخيل  
Cabinet Médical Annakhil

الرباط، في ..... Rabat, le 11/12/2019.....

### BOULAM KHADIJA

31,00  
• Synflorix  
• enterogermina -  
1 24 5 x 10^-5

Dr. Siham MIKOU  
Boulevard Al-Azhar  
Secteur 17, Hay Riad – Rabat  
Tél.: 05 37 79 88 77  
M3, Ay, El Meid, Cym-Rabat  
Baptisation En Pharmacie  
PHARMACIE L'AVENIR  
الهاتف : 05 37 79 88 77

gsk

# 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)

A2  
A224133

Chaque dose de 0,5 ml contient 1 microgramme de polyoside des sérotypes 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 et 23F, et 3 microgrammes des sérotypes 4, 18C et 19F - Chlorure de sodium, eau pour préparations injectables

Elke 0,5 ml dosis bevat 1 microgram polysacharide voor serotypen 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 en 23F en 3 microgram voor serotypen 4, 18C en 19F - Natriumchloride, water voor injectie

**1 dose/ dosering/ Dosis (0,5 ml)**  
1 seringue préremplie + 1 aiguille  
1 voorgevulde spuit + 1 naald  
1 Fertigspritze + 1 Kanüle/Nadel

**Voie intramusculaire/ Voor intramuskulair gebruik/ Intramuskuläre Anwendung**

ID : 613276 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 531,00 DH

6 118001 142392



Eine Dosis (0,5 ml) enthält je 1 Mikrogramm Polysaccharid der Serotypen 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 und 23F und je 3 Mikrogramm Polysaccharid der Serotypen 4, 18C und 19F - Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke

10

## Synflorix

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.  
Rue de l'Institut 89 - B-1330 Rixensart  
België/ België/ Belgien  
EU/1/09/508/003