

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-542595

ND: 32582

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12592

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOULAM SAAD

Date de naissance : 17/06/1987

Adresse : Im 9 Apt 2 RIAD AL MAFJID HAY EL FATH RASAT

Tél. : 0669165945

Total des frais engagés : 449 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/6/2020

Nom et prénom du malade : BOULAM KHADIJA Age : 31 mois

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Vaccin

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 : 16/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUE

### Adresses Mails utiles

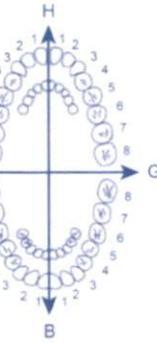
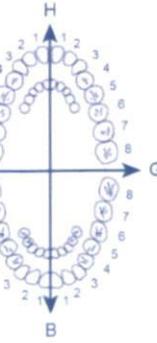
- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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
16/12/2016	CS		300 DH	INP : 1611167906

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

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> <input type="text"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="text"/>	<b>Coefficient</b> <input type="text"/>												
				<b>INP :</b> <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	11433553	35533411	
H	21433552															
25533412	00000000															
D	00000000															
00000000	00000000															
B	11433553															
35533411																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

Docteur Siham MIKOU

Pédiatre



الدكتورة سهام ميكو

اختصاصية في طب الأطفال

العيادة الطبية النخيل  
Cabinet Médical Annakhil

الرباط، في ..... 16/06/2020

BOULAM KHADIJA

149.00 • Priorix

Dr. Siham MIKOU  
PEDIATRE  
RUE AL BARGHAMOUT  
BLOC N, SECTEUR 17, HAY RIAD - RABAT  
TÉL. : 0537 79 88 71  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
BENHASSAN EPOUSE KARBLI  
PHARMACIE L'AVENIR

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 : 625483

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



GlaxoSmithKline Biologicals s.a.  
Rue de l'Institut, 89  
B-1330 Rixensart, Belgium/ Belgique/  
Bélgica



**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™

Priorix is a trade mark of the GSK group of companies

