

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

- Réclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-555035

ND: 34385

SN

END

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12684

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZRINIA Houda

Date de naissance :

20/05/1987

Adresse :

Tm 28, Apt 3, lot Alhasanou, El Soufia
60240, Casablanca

Tél. :

0662614880

Total des frais engagés : 853,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/2020

Nom et prénom du malade : Saissa Jana Age: 31 mois

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 22/07/2020

Signature de l'adhérent :

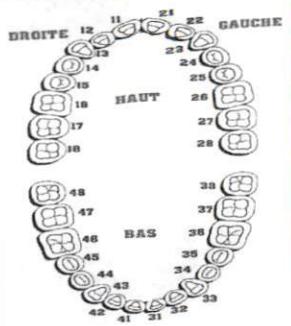
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

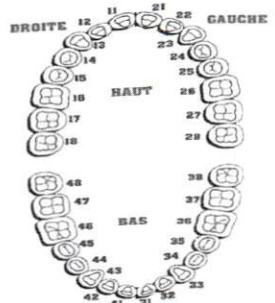
Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



O.D.F. Prothèses dentaires



VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N°

W18-397834

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

Mle



W18-397834

DATE DE DEPOT

22/07/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 12634

Nom & Prénom : ZRINEH Hora

Fonction : Manager Phones 0662614380

Mail : bzrineh@royalairmaroc.com

MEDECIN Prénom du patient SAASSAA JAMA

Adhérent Conjoint Enfant Age 20-07-20

Nature de la maladie Date 1ère visite

Sauvageau

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

C 200,-

PHARMACIE Date 20/07/2020

Montant de la facture

653,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

Docteur Fadila MORJANE

PÉDIATRE

Néonatalogie et réanimation néonatale
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat



الدكتورة فاضلة مرجلان

اختصاصية في امراض الاطفال والرضع وحديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة مقيمة ساينسا يمتدت في الاطفال بالرباط

Témara le, do 07 - 2020

Saassaa Jana

1 Feb, '95
① - *Harrimania* junior

1 Mar, '95
② - *Huaniania*

55.6° ③ - Dollogel 1st fruits
3 x 17

شقة 3 (الطابق الاول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا.
Appt 3 (1^{er} étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.
06 61 29 00 67. 05 37 62 75 75. docteurmorjane@gmail.com



HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

Après ouverture : le produit doit être utilisé immédiatement.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C).

Ne pas congeler.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.



Composition : 1 dose (0,5ml) contient :

Virus de l'hépatite A, souche HM 175 (inactivé)^{1,2}..... 720 U*

¹ produit sur cellules diploïdes humaines (MRC-5)

² adsorbé sur hydroxyde d'aluminium (0,25 mg Al³⁺)

* unités mesurées selon la méthode interne du fabricant.

Excipients : Polysorbate 20, acides aminés, phosphate disodique, phosphate monopotassique, chlorure de sodium, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables.

ID : 644409

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV : 186 90 DH

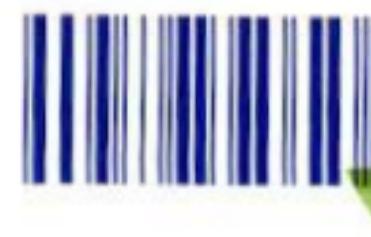
6 118001 140619



LOT/MFD/EXP

AHAVC015AT
02-2019

498304



Hexaxim

1 syringe/jeringa - 0,5 ml

1 dose/dosis

Una dosis (0,5 ml) contiene:

- Toxoide diftérico ≥ 20 UI
- Toxoide tetánico ≥ 40 UI
- Antigenos de *Bordetella pertussis*:
 - Toxoide pertúsico/ Hemaglutinina filamentosa 25/25 mcg
 - Poliovirus (Inactivado) tipos 1/2/3 ... 40/8/32 UD
 - Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B 10 mcg
 - Polisacárido de *Haemophilus influenzae* tipo b 12 mcg
 - conjugado con proteína tétanica 22-36 mcg

Lista de excipientes

Hidrogenofosfato de disodio, dihidrogenofosfato de potasio, trometamol, sacarosa, aminoácidos esenciales incluyendo L-fenilalanina, agua para inyectables.

Agitar antes de usar.

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento.
Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

Consevar en nevera (2°C a 8°C). No congelar.
Consevar el envase en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.

Sanofi Pasteur

14 Espace Henry Vallée

69007 Lyon

France/Francia

MANUF.: 16052018

LOT: R3F972V

EXP/CAD: 04-2021

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

HEXAXIM 0.5ML 1F 2

AIG SP

P.P.V: 411,00 DH



6 118001 082063

1 syringe - 0,5 ml - 1 dose

Hexaxim



