

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, parodontologie 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.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-728091

172768

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12509

Société :

RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENZAKI ALAE

Date de naissance :

05/03/1986

Adresse :

1st Yasmine 2 Residence P263 Apt2 Casablanca

Tél :

0673572938

Total des frais engagés :

4369

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. TAMI Lalla
Pédiatre

Cachet du médecin :

Imm Al Mountazah, Angle Médiaouna et rue Bengrir
Bureau N°8, 2ème étage, Bettana - Sale
Fixe: 05 30 06 58 18
I.N.P.E. 101266773

Date de consultation :

12/07/2023

Nom et prénom du malade :

BENKATI Nour

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

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 :

Casablanca

Le : 12/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Al

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

Dr. TAMI
Pédiatre
Mediou

Dr. Tami Laila
Pédiatre
bureau N 3, 2^{ème} étage Bettana - Sale
Fixe: 05 30 06 58 18
I.N.P.E. 101266773

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/2023	186,90

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

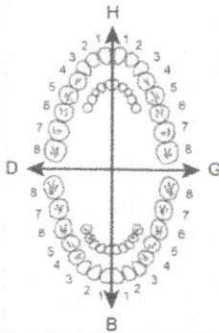
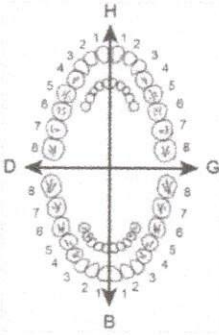
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombres				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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.

INP : [][][][][][][][]

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAMI Laila

Pédiatre

- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de rabat
- Diplômée en Dermatologie Pédiatrique de l'Université de Dijon - France
- Ancienne praticienne à l'Hôpital d'Enfants de Rabat
- Ancienne interne du CHU de Rabat



الدكتورة تامي ليلي

إختصاصية في أمراض الأطفال والرضع وحديثي الولادة

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

حاصلة على دبلوم في الأمراض الجلدية عند الأطفال

من جامعة ديجون - فرنسا

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي للأطفال بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

SALE le : 12/07/2023

ORDONNANCE

Enf BENZAKI NOUR // 3 ans et 2 Mois

186,90

1) HAVRIX JUNIOR

2) DOLIPRANE 200

1suppo/6h si fièvre $>38.5^{\circ}$ ou dlr

3) VERNIS A ONGLES ECRINAL AMER

1 application sur les ongles chaque 3-4 jours

PHARMACIE EL MENZEH SALE
Dr. Aalaoui Sanaa
51, Rue Massira Khadra - Bettana
Salé - Tél: 05 37 80 37 68
INPE: 102066651

Dr. TAMI Laila
Pédiatre
Bureau n° 8, 2ème étage, Avenue Mediouna et Rue Bengrir,
Bettana - Salé

+212 660 955 353

+212 530 065 818

lailatami@gmail.com

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue Bengrir, Bureau numéro 8, 2ème étage, Bettana Salé

بناية المنتزه، ناصية شارع مديونة وزنقة بنكرير، مكتب رقم 8، الطابق الثاني، بطانة سلا

HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET 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.

498304

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.



GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 186,90 DH
ID: 648846
6 118001 140619



Une seringue préremplie

HAVRIX 720 U/0,5 ml
NOURRISSONS ET ENFANTS

HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET ENFANTS

Titulaire/Exploitant : Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

42x24x133
A82

gsk

HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET ENFANTS

Vaccin de l'hépatite A (inactivé, adsorbé)

Suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml)

Voie intramusculaire

LOT/MF/EXP
AHAVC083AC
11-2020
10-2023