

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.

Adresses Mails utiles :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

MUPRAS : 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïl Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-821838

couvert

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09946 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEJARI HALIMA

Date de naissance : 1970

Adresse : 181 rue AL BARI' DAY NAHDA / RABAT

Tél : 0670276244 Total des frais engagés : 125,30 DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: /

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 : 20 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-821838

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 09946

Nom de l'adhérent(e) : NEJARI HALIMA

Total des frais engagés : 125,30

Date de dépôt : / /

[illegible][illegible]

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

[illegible]

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

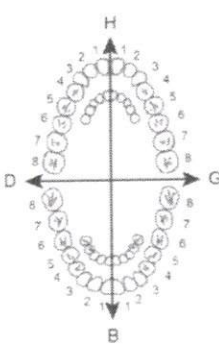
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

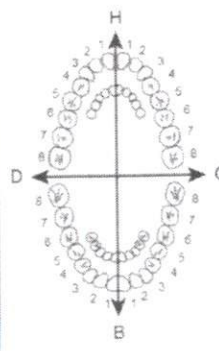
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX										
					MONTANTS DES SOINS										
					DEBUT D'EXECUTION										
					FIN D'EXECUTION										

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<div>H</div> <table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table> <div>B</div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G		
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	[Création, remont, adjonction]													
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

PHARMACIE ANDALOUS

LAHLOU

131. AVENUE MOHAMMED VI SOUISSI

RABAT

Taxe Profes. N°: 25900615

N° R.C. : 33270

N° ID.F. : 35690570

N° ICE 001525596000055

N° CNSS : 1092882

Tel : 0537750175

Fax : 0537759407

NEJJARI HALIMA

I.C.E. :

Le : 20/11/2023

FACTURE N°: 2053/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	VAXIGRIP VACCIN	125.30	125.30

Total : 125,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT VINGT CINQ DIRHAMS ET TRENTE CTS

صيدلية الأندلس
السيد بن سالم لحلو
PHARMACIE AL ANDALOUS
Mr Bensalem LAHLOU
131. Av Mohammed VI Souissi - RABAT
Tél: 05 37 75 01 75 - 05 37 75 94 07

SANOFI PASTEUR
14 Espace Henry Vallée
69007 Lyon - France

SANOFI PASTEUR

Saison/Season
2023/2024

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH



Sodium chloride, disodium phosphate dihydrate, potassium dihydrogen phosphate, water for injections.
Read the package leaflet before use.
Keep out of the sight and reach of children.
Store in a refrigerator (2°C – 8°C). Do not freeze.
Keep the syringe in the outer carton in order to protect from light.
Indicated in the prevention of influenza.

Suspension for injection in pre-filled syringe
Vaccin grippal quadrivalent (inactive, split virion, fragmented)
1 seringue préremplie (0,5 mL) avec aiguille attachée
1 pre-filled syringe (0.5 mL) with attached needle
Voxe intramusculaire (IM) ou sous-cutanée (SC)
Intramuscular (IM) or subcutaneous (SC) use

Vaxigrip Tetra

PC/GTIN: 03664798003390

MANUF: 23082023

Lot: X4A151V

EXP: 07-2024

SN: 11753XMP9K3NP2



Influenza virus (inactivated, split) of the following strains:
A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like strain
A/Darwin/9/2021 (H3N2)-like strain
A/Pakistan/3073/2013-like strain
5 microgram haemagglutinin per strain for one 0.5 mL dose
propagated in eggs