

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

81h75

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8985	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Tazi MOKHTAR
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 07/06/1971			
Adresse : 44, Rue des Peupliers, California Golf Resort Ville Verte Bouskoura			
Tél. : 0661062540 Total des frais engagés : 817,00 Dhs			

Autorisation CNPD N° : AA-A-215/2019

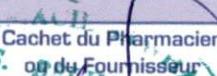
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/08/2013			
Nom et prénom du malade : Tazi YASHINE Age : 16 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Vomissement			
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 02/08/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/08/2013

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien S. ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Dr. en Pharmacie 22 Rue de L'ESPRESSO France Ville du CASTEL 00.34-CAST</i>	02/08/21	567,00
		10760269-141

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

RELEVE 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 canalaire, 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"/>										
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des ODF <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
		(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"/>										

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,



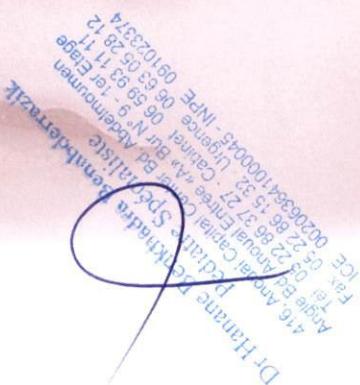
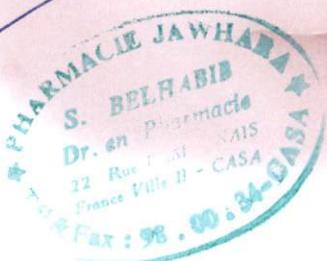
الدكتورة حنات بنخضراء بنعبد الرزاق
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع
خريجة كلية الطب بلجيك (بلجيكا)

CASABLANCA, le 02.08.2021

Melle TAZI Yasmine

567.0
NIMENRIX VACCIN

Dr Hanane BENKHADRA



Casablanca, le

416، أنوال كابطال سانتر شارع عبد المؤمن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - الفاكس : 05 22 86 15 32
416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadrahanan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 — المستعجلات : 06.63.05.28.12 — Fax : 05 22 86 15 32 —

Nimenrix®
Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich,
Kent CT13 9NJ, Royaume-Uni / Verenigd
Koninkrijk / Vereinigtes Königreich
EU/1/12/767/003

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants. Eliminer
conformément à la législation en
vigueur.

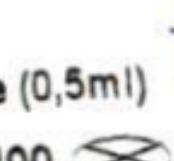
Lees voor het gebruik de bijsluiter.
Buiten het zicht en bereik van
kinderen houden. Verwijderen in
overeenstemming met de lokale
voorschriften.

Packungsbeilage beachten.
Arzneimittel für Kinder
unzugänglich aufbewahren.
Entsorgung entsprechend den
nationalen Anforderungen.

PAA119021

NIMENRIX 1Dose (0,5ml)

6 118001 171408

NIMENRIX 1Dose (0,5ml)

P.P.V : 567DH00