

## 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 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 à caractère personnel.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-650214

(106097)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13426

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bent Hmid Abdellah

Date de naissance :

25/01/1951

Adresse :

Parcoursas B.M. Zone, Al 21 Cessa

Tél. : 0613 643717

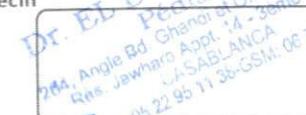
Total des frais engagés :

324,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

7/2022

Nom et prénom du malade :

BENT Hmid RAZANE

Age :

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 : censur

Le : 25/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
21-2-22	c 290 DH			INP : 0910222444 OURY Chadia Dr. El BOURY Chadia El Khayam pédiatre Ad. Chirurgie 3eme Etage 204 Appartement 4 ANICA 94757

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/02/22	74.80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **BELEVE 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'ORP

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"/>															
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411   11433553</td> </tr> </table>			H		D	25533412   21433552			00000000   00000000	G		B	00000000   00000000			35533411   11433553	<input type="text"/>
		H																	
		D	25533412   21433552																
				00000000   00000000															
		G																	
B		00000000   00000000																	
		35533411   11433553																	
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr EL BOURY Chadia**

Pédiatre - Cardiologie Pédiatrique  
Néonatalogie et Asthme de l'Enfant  
Echographie Cardiaque



**الدكتورة البوري شادية**

إختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع  
أمراض القلب والربو عند الطفل و الرضيع  
الفحص بالصدى

Casablanca, le .....

25.02.2022

**Nourrisson BENHMID Razane**

Age : 9 mois 7 jours

Poids : 7,57 Kg

74,80

**ENGERIX B 10 µg/0,5 ml susp inj en seringue préremplie : Ser préremplie/0,5**

DR. EL BOURY Chadia  
Pédiatre  
264, Angle Bd Ghandi et Omar El Khayam  
Résidence Jawhara Appt 14 - 3ème étage  
Casablanca - Tél. : 05 22 95 11 38 - GSM: 06 71 24 76 77  
Tél/Fax : 05 22 95 11 38 - GSM: 06 71 24 76 77

**AS**



Read the package leaflet before use • Medicinal product subject to medical prescription  
Keep out of the sight and reach of children

Lire la notice avant utilisation • Médicament soumis à prescription médicale  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ler el prospecto antes de utilizar este medicamento • Medicamento sujeto a  
prescripción médica • Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños

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

©2016 GSK group of companies  
Engerix is a trade mark of the  
GSK group of companies

480780

13

Vacuna antihepatitis B ADNr  
Vaccin contre l'hépatite B ADNr  
rDNA hepatitis B vaccine

Jeringa prellenada (1 dosis) + 1 aguja  
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille  
Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle  
1 dose/dosis (0,5 ml)

Suspension intramuscular  
Suspension injectable  
voie intramusculaire  
Via intramuscular  
Suspension for injection  
injectionssuspension  
Sous-musculaire  
Via intramuscular

Junior dose / Dose enfant /  
Dosis pediátrica



# Engerix™-B 10

## Engerix™-B 10

Junior dose / Dose enfant /  
Dosis pediátrica

Protect from light  
Do not freeze  
Shake before use

Protéger de la lumière  
Ne pas congeler  
Agiter avant emploi

Proteger de la luz  
No congelar  
Agitar antes de usar

Storage/Cons.: 2°C - 8°C

42x24x133  
A2

LOT/MFD/EXP:

AHBV950A  
04-2023  
05-2026  
04-2023



Suspension for injection;  
intramuscular use  
Suspension injectable;  
voie intramusculaire  
Suspensión inyectable;  
vía intramuscular

TM  
GSK  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 74,80 DH  
ID:646669  
6 118001 140244

10



1 dose/dosis (0,5 ml)

Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle  
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille  
Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja

rDNA hepatitis B vaccine  
Vaccin contre l'hépatite B ADNr  
Vacuna antihepatitis B ADNr