

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

- 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° W21-721030

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13153 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL RAYAB Rachid

Date de naissance : 24/03/1990

Adresse : Cité de l'air Rue opadit Nharer

Tél. : 0661352888 Total des frais engagés : 10 489,07 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0522 25 15 32

Date de consultation : 5/9/22

Nom et prénom du malade : EL RAYAB Elita

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Vaccination

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 : 05/09/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



RELEVÉ 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
03/10/22	✓	1	300 DA	INP : Dr. Zheb LAHOUAR LAMUH Val Fleuri Casablanca Tél: 0522 25 15 32

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL - MAALI Hay M Rachid Groupe N° 45 Rue V - Casablanca Tél: 05 22 71 77 00	5.2.22	748 DA

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	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>			H		D	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	D	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

ORDONNANCE

A Casablanca / Le 5/9/22

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0522 25 15 32

Ghita EL RHAYAN

252 Rotarix

496 Synflorix



748 DA

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0522 25 15 32

PHARMACIE AL-MAALI
Hay Mohammadi Groupe 6
N° 45 Rue V - Casablanca
Tél: 05 22 71 73 30

Lot / EXP:

ASPMB299AB

12-2023

• 118005

Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie
Vaccin pneumococcique polysidique conjugué (adsorbé)

Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie

Vaccin pneumococcique polysidique conjugué (adsorbé)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Une dose de 0,5 ml contient 1 microgramme de polyside des sérotypes 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 et 23F, et 3 microgrammes des sérotypes 4, 18C et 19F - Chlorure de sodium, eau pour préparations injectables

1 dose (0,5 ml)
1 seringue préremplie + 1 aiguille

Voie intramusculaire

gsk

ID: 646636
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 496,00 DH
6 118001 142392

A conserver au réfrigérateur • A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière • Ne pas congeler • Bien agiter avant emploi

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants
• Lire la notice avant utilisation • Le vaccin doit être amené à température ambiante avant utilisation

Synflorix

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.
Rue de l'Institut 89 - B-1330 Rixensart
Belgique
MA 117/17DMP/21/NCV
TN 7063141

Oral use
Voie orale
Vía oral

1 dose/dosis (1.5 ml)
1 oral applicator
1 applicateur pour
administration orale
1 aplicador oral

Ready to use/ No reconstitution required
Prêt à l'emploi/ Aucune reconstitution nécessaire
Listo para su uso/ No necesita reconstitución

R GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:252,00 DH
ID:647442
6 118001 142323



Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus/ Vacuna contra rotavirus
Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico
Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral



Rotarix

GlaxoSmithKline Biologicals s.a. - Rue de l'Institut 89
B-1330 Ruesart, Belgium/Belgique/Belgica

©2018 GSK or licensor

Trade marks owned or licensed by GSK



1 dose/ dosis (1.5 ml) contains/ contient/ contiene:

Live attenuated human rotavirus RIX4414 strain: not less than $10^{6.0}$ CCID₅₀/ Souche RIX4414 de rotavirus humain vivant, atténué : pas moins de $10^{6.0}$ DICC₅₀/ Rotavirus vivos atenuados humanos, cepa RIX4414: no menos de $10^{6.0}$ DICC₅₀

Excipient(s): sucrose/ saccharose/ sacarosa, di-sodium adipate/ adipate de sodium/ adipato disódico, Dulbecco's Modified Eagle Medium/ Milieu d'Eagle modifié par Dulbecco/ Medio de Eagle Modificado por Dulbecco (DMEM), sterile water/ eau stérile/ agua estéril

Ready to use/ No reconstitution required
Prêt à l'emploi/ Aucune reconstitution nécessaire
Listo para su uso/ No necesita reconstitución

Rotarix

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus/ Vacuna contra rotavirus
Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico
Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral



Storage/ Cons.: 2°C - 8°C
Do not freeze
Ne pas congeler
No congelar

Read the package leaflet before use
Consulter la notice avant utilisation
Antes de usar, leer el instructivo anexo

Protect from light
A conserver à l'abri de la lumière
Proteger de la luz

Keep out of the sight and reach of children
A conserver hors de la vue et de la portée des enfants
Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños

Medicinal product subject to medical prescription
Produit médicamenteux soumis à prescription médicale
Producto medicinal sujeto a prescripción médica

25

42x24x133
A2

LOT/MFD/EXP:

Oral use
Voie orale
Vía oral

1 dose/dosis (1.5 ml)
1 oral applicator
1 applicateur pour
administration orale
1 aplicador oral

AR0LC8908C
03-2020
02-2023

496023