

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier
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° W21-770526

49899

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13153

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL RHAYAB Rachid

Date de naissance : 24/03/1990

Adresse : Cité de l'air Maroc

Tél. : 066171888 Total des frais engagés : 796,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 07/11/2022

Nom et prénom du malade : EL RHAYAB Ghita

Age :

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 : 07/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 07/11/2012 | | | 300.00 | INP : 081116938 Dr. Zineddine LAHLOUBELLAM PEDIATRE Casablanca |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE AL - MAALI Hay My Rachid Groupe 6 N° 45 Rue V - Casablanca Tél : 05 22 71 73 30 | 09/11/22 | 486,00 |

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

[illegible][illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is labeled 'D' on the left and 'C' on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE



A. les le 07/11/2020

EL RHAÏAB chito

486,00 Syngenta

S.V.

S.V.

PHARMACIE AL - MAAL
Hay My Rachid Groupe 6
N° 45 Rue V - Casablanca
Tél : 05 22 71 72 30



Chaque 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

42X2X133
A82

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Synflorix

Suspension injectable en seringue
préremplie

Vaccin pneumococcique polysidique conjugué (adsorbé)

504/57

Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie

Vaccin pneumococcique polysidique conjugué (adsorbé)

Lot/EXP:

ASP/1332280

09-2024

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

A conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). • A conserver dans
l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière • Ne pas congeler
Bien agiter avant emploi

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

Voie intramusculaire

gsk

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 496,00 DH

ID: 649683



6 118001 142392