

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12200**

Société : **RAR**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Louza Rachid**

Date de naissance : **03.12.79**

Adresse :

Tél. : **0661853647**

Total des frais engagés : **339**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Maryam BOUSROUR
Pédiatre

Place la liberté N°29, 1er étage Appt. N°1
Quartier Mellah - Settat
Tél. : 0523 40 36 09

Date de consultation : **11/02/23**

Nom et prénom du malade : **Louza SIRAJ**

Age : **trans**

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 : **Settat**

Le : **11/02/23**

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
11/02/2023			200DH	<p>INR: 061210241 Dr. Maryam BOUSROUR Pédiatre Rue la liberté N°29, 1er étage Appt. N°1 Quartier Mellah - Sétif Tel.: 0521 40 36 00</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sud-Africaine	138,00 11/01/23	138,00



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

062044219 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
		A M	P C	I M	I V	

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 : []																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																	
				MONTANTS DES SOINS []																	
				DEBUT D'EXECUTION []																	
				FIN D'EXECUTION []																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50px;">H</td> <td style="width: 50px;">G</td> </tr> <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> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>G</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H	G																				
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
<hr/>																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
<hr/>																					
B	G																				
				MONTANTS DES SOINS []																	
				DATE DU DEVIS []																	
				DATE DE L'EXECUTION []																	

Dr. Maryam BOUSROUR

Pédiatre

- Diplômée de la Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancienne résidente au CHU Ibn Rochd Casablanca



الدكتورة مريم بسرو

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

حاصلة على دبلوم في طب الأطفال
من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة مقمية سابقاً بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

Settat, le... M - Ol - 23

139,20 louza sraj
1) Priorix vali



139,20
S. B. HASSAN II SETTAT
SEADIA MOTAOUAKKIL
PHARMACIE MOTAOUAKKIL

Dr. Maryam BOUSROUR
Pédiatre
Place la liberté N°29, 1er étage Appt. N°1
Quartier Mellah, Settat
Tél.: 0523 40 36 09

ساحة الحرية رقم 29 الطابق الأول شقة رقم 1 حي الملاح (أمام بريد المغرب) سطات

Place la liberté N°29, 1er étage Appt.N°1 Quartier Mellah (en face de BARID ALMAGHRIB) - Settat

Tél.: 05 23 40 36 09 / e-mail: maryam.bousrour@gmail.com

Priorix™

Measles, mumps and rubella vaccine

Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection

Poudre et solvant pour solution injectable

Polvo y solvente para solución inyectable

Subcutaneous use or intramuscular use

Voie sous-cutanée ou voie intra-musculaire

Vía subcutánea o

ID: 648848

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139,20 DH

6 118001 140923

gsk



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles

1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles

1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

1 dose/dosis (0.5 ml)

Priorix™

Priorix is a trade mark of the GSK group of companies

©2017 GSK group of companies