

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Déclaration de Maladie

 N° W21-812925

Collé SN

SN

177645


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

MUPRAS RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **12514**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Société : **RAM**

Nom & Prénom : **AIT MAHDI LAHCEN**

Date de naissance : **16/06/184**

Adresse : **la perle de nouacer 2 mnig appt no 177645 nouacer**

Tél. : **067269 15 26**

Total des frais engagés :

1360,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. FOUSSI MOUNIA
 Pédiatre
 Av. de la Résistance, El Wahda I. N°98
 Doua. Tel: 0522 51 42 88
 E-mail: mouniafoussi@mail.com

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31/07/2023

Nom et prénom du malade :

Maxim Ait Mahdi

Lien de parenté :

Lui-même

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.

CASABLANCA

Fait à :

Le : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :







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
31/07/23	CP		200,00 dh.	INP : LIMPI 06119879 Dr. FOUISSI MOUN Pediatre Au de la Recette de l'E. Wadha I. N Dakar - Tel: 0022 51 42 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAYA MANZA SARL AU Lot. Al Manza, Bld. 2 Mag Tél: 05 22 51 51 84 INPE: 062087784	31/07/2023	1159,00 Dh

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array} \quad G $ <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

Dr.FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسسي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : **31/07/2023**

Age :

Poids : **6,20**

Nom : **L'enfant : AIT MAHDI WASSIM**

411,00 DH

1) HEXAXIM

1 INJ IM

496,00 DH

2) SYNFLORIX VACCIN

1 INJ IM

252,00 DH

3) rotarix

1 AMP / BUVABLE

T = 1159,00 DH

PHARMACIE HAY AL MANZAH
Lot. Al Manzah 100m 2 Mag 1
Tél. 05 22 51 42 88
Fax: 06 20 88 77 88

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2
AIG SP

P.P.V: 411,00 DH

6 118001 082063

DR FOUISSI MOUNIA
Pédiatre
Av. de la Résistance, El Wahda I, N° 98
Deroua - 51428
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

Lot/ EXP:

ASPNB352AB

10-2025

Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie

Vaccin pneumococcique polyosidique conjugué (adsorbé)

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



ID:651894 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:496,00 DH



118001 142392

Hexaxim

1 seringue - 0,5 ml - 1 dose

na dosis¹ (0,5 ml) contiene:

Toxoide diftérico	≥ 20 UI
Toxoide tetánico	≥ 40 UI
Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> :	
Toxoide pertúsico/ Hemaglutinina filamentosa	25/25 mcg
• Poliovirus (Inactivado) tipos 1/2/3	40/8/32 UD
• Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B	10 mcg
• Polisacárido de <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	12 mcg

conjugado con proteína tétanica 22-36 mcg

¹ Adsorbida en hidróxido de aluminio, hidratado (0,6 mg Al³⁺)

Lista de excipientes

Hidrogenofosfato de disodio, dihidrogenofosfato de potasio, trometamol, sacarosa, aminoácidos esenciales incluyendo L-fenilalanina, hidróxido de sodio y/o ácido acético y/o ácido clorhídrico (para ajuste del pH), agua para inyectables.

Agitar antes de usar.

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento.

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

Consevar en nevera (2°C a 8°C). No congelar.

Consevar el envase en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.

Sanofi Pasteur

14 Espace Henry Vallée - 69007 Lyon - France/Francia



SANOFI

PC/GTIN: 03664798045727

MANUF.:

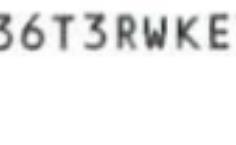
07122020

LOT:

V3D411V

EXP/CAD:

11-2024



SN:

136T3RWKETRTTE



1 dose (1.5 ml)
1 dosis (1.5 ml)

1 tube
1 tubo

LOT/MFD/EXP :

AROLD422AA
11-2021
10-2024

Rotarix

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus
Vaccina contra rotavirus

GlaxoSmithKline Maroc Usage pédiatrique/ Uso pediátrico
Aïn El Aouda Oral/ Vía oral
Région de Rabat
PPV: 252,00 DH
6 ID:651054
118001 142361