

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

- Reclamation : 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-815657

188472

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12659

Société : RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ziai Issam

Date de naissance : 12/03/1989

Adresse :

Avenue Sophia, Rue Alip, Blok G2, secteur 21,

Hay Riad, Rabat

Tél. : 0669213402

Total des frais engagés : 439,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHYARI Hinde
Pédiatre - Néonatalogue
INPE : 001614534000061
ICP : 001614534000061
TAI : AF 37 71 00 98

Date de consultation : 15/11/2023

Nom et prénom du malade : Ziai Issam

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Scolio

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 :

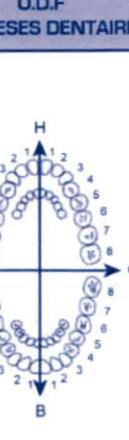
27 DEC 2023

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/11/93	139,20

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																	Nature des Soins <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																	Coefficient <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																		MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																											
DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																										FIN D'EXECUTION <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>H</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		H								25533412	21433552							00000000	00000000							D								00000000	00000000							35533411	11433553							B																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		H																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		25533412	21433552																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		D																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		35533411	11433553																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		B																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																										MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																	
DATE DU DEVIS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																		DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

Dr KHYARI Hinde

Spécialiste en Pédiatrie
Néonatalogie - Réanimation Néonatale
Consultation homéopathique
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ancienne interne du CHU Ibn Sina Rabat
Praticienne hospitalière à l'Hopital Universitaire Cheikh Zaid



الدكتورة هند الخيري

أخصائية في طب الأطفال
والرضع وحديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة بالمستشفى الجامعي شيخ زايد

Date : 15/11/2023

Rabat Le :
ziani ramy - né(e) le : 21/10/2021 (2 ans, 25 jours)

139,20

PRIORIX Flacon de Vaccin lyophilisé + diluant en Boîte de 1 seringue
préremplie (Vaccin contre rougeole, oreillons et rubéole)
1 dose



Résidence Riad Ennakhil II - Imm A, Appt 2, Angle Av. Ennakhil et Rue El Yazid Hay Riad - Rabat

Tél. : 05 37 71 00 93 - 08 08 50 53 92 - GSM : 06 61 26 68 26 - Fax : 05 37 71 00 93

Email : khyarihinde@yahoo.fr

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 intramusculaire
 Vía subcutánea o vía intramuscular

ID:652283
 GlaxoSmithKline Maroc
 Aïn El Aouda
 Région de Rabat
 PPV:139,20 DH
 6 118001 140923



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)

Trade marks owned or licensed by GSK
 ©2019 GSK or licensor



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

Consulter la notice avant utilisation • Produit médicamenteux soumis à prescription médicale • A conserver hors
 de la vue et de la portée des enfants

Antes de usar, leer el instructivo anexo • Producto medicinal sujeto a prescripción médica • Mantener fuera de
 la vista y del alcance de los niños

Priorix



The powder must be reconstituted with the solvent
 La poudre doit être reconstituée avec le solvant
 El polvo debe reconstituirse con el solvente

1 dose/dosis (0.5 ml)
 Inj./Inyec.: S.C. / I.M.

After reconstitution/Après reconstitution/Después de la reconstitución,
1 dose/dosis (0.5 ml) contains/contient/contiene:

Live attenuated measles virus (Schwarz strain)/Virus de la rougeole vivant atténué (souche Schwarz)/Virus vivo
 atenuado del sarampión (cepa Schwarz)

$\geq 10^{3.0}$ CCID₅₀/DICC₅₀

Live attenuated mumps virus (RIT4385 strain)/Virus des oreillons vivant atténué (souche RIT 4385)/Virus vivo
 atenuado de la parotiditis (cepa RIT 4385)

$\geq 10^{3.7}$ CCID₅₀/DICC₅₀

Live attenuated rubella virus (Wistar RA 27/3 strain)/Virus de la rubéole vivant atténué (souche Wistar RA 27/3)/
 Virus vivo atenuado de la rubéola (cepa Wistar RA 27/3)

$\geq 10^{3.0}$ CCID₅₀/DICC₅₀

Neomycin sulphate is present as residual/ Résidu du procédé de fabrication : sulfate de néomycine/ Presenta
 sulfato de neomicina como residuo

Storage/Cons.: 2°C - 8°C

Do not freeze • Protect from light • Shake well after reconstitution

Ne pas congeler • A conserver à l'abri de la lumière • Bien agiter après reconstitution

No congelar • Proteger de la luz • Agitar bien después de reconstituir

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

55x24x133

LOT/MFD/EXP:
 A69CF580A
 12-022
 12-0224

98747