

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

- 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 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° W19-432926

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8300 Société : RAM - DFT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : WAMBI Hassan
 Date de naissance : 23.11.1967
 Adresse : 136, Bd Oued Feroj SULTA
CASA
 Tél. : 06 62 65 20 4 Total des frais engagés : 4000 M Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

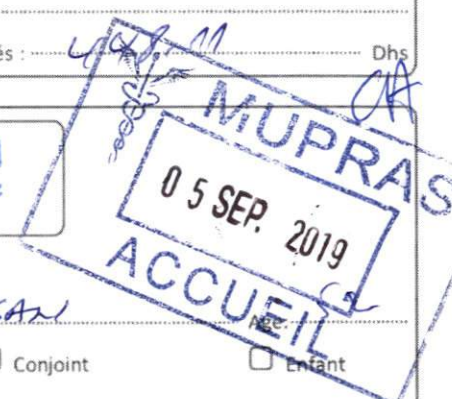
Dr. N. DERSI
Institut Pasteur Maroc

Date de consultation : 03/08/2019
 Nom et prénom du malade : WAMBI HASSAN
 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 : CASA Le : 03/08/19
 Signature de l'adhérent(e) : _____

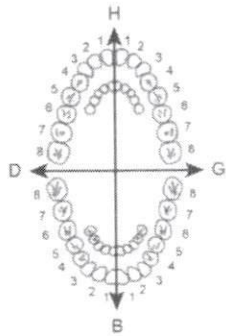
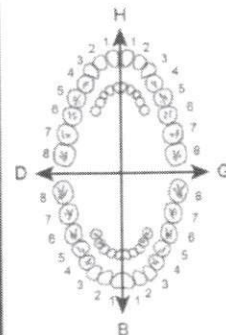


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/08/19	C	01	Cetiv	INP : 091000 57876 Dr. N. DERSI Institut Pasteur Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/08/19	448,11

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	

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



Institut Pasteur
du Maroc

معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360
Tél.: +212 (0) 522 43 44 50/ 63 - Fax : +212 (0) 522 26 09 57
Email : pasteur@pasteur.ma - Web : www.pasteur.ma
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

Date	Code client
03/ 08/ 2019	BK29720

Facture : FC/MED / 2019-029009

WAHBI

HASSAN

Mode de règlement : Espèces

Préstation	Quantité	Prix unitaire	Remise (%)	Prix HT
Vaccination anti-méningite ACYW	1,00	375,70	0,00	375,70
Acte Vaccinal	1,00	4,67	0,00	4,67
Certificat Vaccinal	1	37,38	0,00	37,38
Total HT				417,75
Montant TVA(7%)				29,24
Frais timbre(0.25%)				1,12
Total TTC				448,11




IP

IF:01085828

PATENTE:36340200. ICE:001594848000023

Certificat international de vaccination

Je soussigné(é) et certifie que : / This is to certify that :

Nom / Last name : WAHBI		ID / CIN : BK29720		
Prénom / First name : HASSAN		Né (e) le : 23/11/1967		
Date	Maladie ciblée	Vaccin	Lot/Batch	Cachet officiel
03/08/2019	Méningite	NIMENRIX LABORATOIRES PFIZER	AL7058	

Cachet Médecin

C9

Edité le 03/08/2019

Dr. Jalal NOUJAL
MEDECIN
Institut Pasteur du Maroc

المملكة المغربية
وزارة الصحة

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE

KINGDOM OF MOROCCO
MINISTRY OF HEALTH

N° 0062788



Institut Pasteur
du Maroc

N° 0062788



Institut Pasteur
du Maroc

الشهادة الدولية للتلقيح

CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)

1 زنقة القرطبي مرشان
طنجة 90100
+212 539 932 299

1 ساحة لويس باستور
الدار البيضاء 20360
+212 522 434 450

معهد باستور المغرب يجمع و يعالج البيانات الشخصية للمريض لغرض تشخيص و تحديد الخدمة.
يمكن للمريض الإتصال بقسم الجودة لممارسة حقوقه في الولوج و التصحيح و المعارضة وفقا لأحكام القانون 08-09

للإبلاغ عن الآثار الجانبية التي قد تكون متعلقة باللقاحات، يرجى الإتصال برقم الهاتف التالي : +212 661 467 114

1 PLACE LOUIS PASTEUR
20360 CASABLANCA
+212 522 434 450

1 RUE KORTOBI MARSHAN
90100 TANGER
+212 539 932 299

L'institut Pasteur du Maroc collecte et traite les données à caractère personnel du patient pour fin de la prestation, Le patient peut contacter le service qualité (qhs@pasteur.ma) pour exercer ses droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08

En cas d'effets indésirables liés ou susceptible de l'être aux vaccins inoculés, contacter le numéro suivant : +212 661 467 114