

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

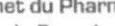
| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 8300 | | Société : RAM - DFT | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | |
| Nom & Prénom : WAHBI HASSAN | | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Date de naissance : 23.11.1962 | | | |
| Adresse : 136, Bd Oued Sefrou SOLFA CASA | | | |
| Tél. : 06 62 65 20 4 | | Total des frais engagés : 400,11 Dhs | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Dr. N. BERSI Institut Pasteur Maroc | | | |
| Date de consultation : 03/08/2019 | | | |
| Nom et prénom du malade : WAHBI HASSAN | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 03/10/2019 | | | |
| 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/08/15 | C | 21 | 20000 | INP : 1090005786 |
| | | | | 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

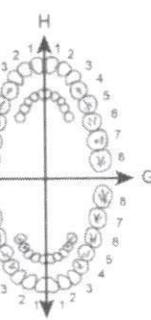
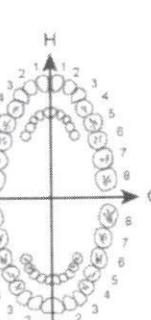
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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"/> | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|--|---|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|---|--|
|  | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>26533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | G | 26533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | B | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | G | | | | | | | | | | | | | |
| 26533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| B | B | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |



| Date | Code client |
|------------|-------------|
| 03/08/2019 | BK29720 |

Facture : FC/MED / 2019-029009

WAHBI

HASSAN

Mode de règlement : Espèces

| Présentation | 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(e) 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 | AL7035 | NOUFRH 2019 03/08/2019 |

Cachet Médecin

C9

Édité le 03/08/2019

Dr. Jalal NOUFRH
MEDECIN
Institut Pasteur Du Maroc

المملكة المغربية
وزارة الصحة

N° 0062788



الشهادة الدولية للتلقيح

1 زنقة القرطبي مرشان
طنجة 90100
+212 539 932 299

معهد باستور المغرب يجمع ويعالج البيانات الشخصية للمريض لغرض تشخيص وتحديد الخدمة.
يمكن للمريض الإتصال بقسم الجودة لممارسة حقوقه في الولوج والتصحيح والمعارضة وفقاً لأحكام القانون 08-09

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

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE

N° 0062788



CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)

1 PLACE LOUIS PASTEUR
20360 CASABLANCA
+212 522 434 450

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

1 RUE KORTOBI MARSHAN
90100 TANGER
+212 539 932 299