

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage - Agglomération Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tel. : 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° W19-477483

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

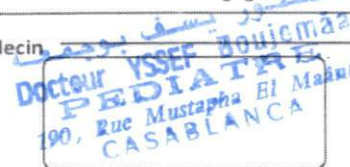
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19327 Société : PAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MDA HRE FILALI NOU NIA
 Date de naissance : 02/09/1985
 Adresse : Rm AIFIR DABO 6495 APP 04 IN 20 DLF
 Tél. : 0662 08 77 75 Total des frais engagés : 1334 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13.11.19
 Nom et prénom du malade : MDA HRE FILALI RAYAN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Enfant
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère chronique, indiquer 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 : 15/11/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
13/11/19	C2	1	210	INP 0311396197 Dr. Youssef Boujemaa Doct. Y. YSSEF Boujemaa F. L. A. T. A. R. E.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRINCIPALE Mohamed Saïd LOBBAR Pharmacien	23 Jan 19	108 h

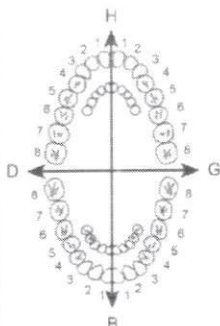
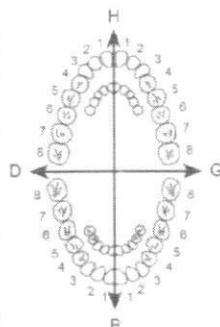
[illegible][illegible]

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 :																									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																									
				MONTANTS DES SOINS																									
				DEBUT D'EXECUTION																									
				FIN D'EXECUTION																									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>0000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th></th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H			G		25533412	0000000		21433552	0000000	0000000	0000000		0000000	0000000	0000000	35533411		11433553		B					COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H			G																									
	25533412	0000000		21433552	0000000																								
	0000000	0000000		0000000	0000000																								
	0000000	35533411		11433553																									
	B																												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																									
				DATE DU DEVIS																									
				DATE DE L'EXECUTION																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur YSSEF Boujemaa

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Grenoble

Echographie

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Montpellier

D.U. Pédiatrie en Maternité
Faculté de Médecine Paris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni. Casablanca

الدكتور يسف بوجمعة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب باكرنويل

الفحص بالصدى

خريج ممتاز من كلية الطب بمونبولي

طب الطفل عند الولادة

كلية الطب - باريس

190، زنقة مصطفى المعاني. الدار البيضاء

Tél. Cabinet { 05 22 20 72 10 }
 { 05 22 22 01 46 } هاتف العيادة
 { 05 22 22 21 48 }

GSM : 06 68 79 27 94 : المتنقل

Sur rendez-vous بالموعد

Casablanca, le 13-11-13 في الدار البيضاء،

M DA GHRI - FILALI - RAYAN

Coquelicot 100

18yo int et am

Prospan 3mg

100 int et am

- 27e, Rotarix

- 814,00 Prevenar 13

1084,00

MORAIRE CONTINU توقيت مستمر

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Said LEBBAR
Rond Point Hassan II - Casablanca 20000
Tel : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884
CNSS : 197641 - IF : 6403202 - Patente N° : 3422
ICE N° : 081897771000045
INPE : 092049261

PREVENAR 13 SUSP INJ
P.P.V. : 814DH00
6118001171057
Laboratoires
Pfizer S.A.

الدكتور يسف بوجمعة
Docteur YSSEF BOUJEMAA
PEDIATRE
Rue Mostafa El Maâni
190, CASABLANCA

Oral administration
Administration orale
Administración oral

1 dose/dosis (1.5 ml)
1 oral applicator
1 applicateur pour
administration orale
1 aplicador oral

1 dose/dosis (1.5 ml) contains/contient/contiene:
Live attenuated human rotavirus RIX4414 strain: not less than $10^{6.0}$ CCID₅₀
Rotavirus humain, vivant, atténué RIX4414: pas moins de $10^{6.0}$ DICC₅₀
Rotavirus vivo atenuado humano, cepa RIX4414: no menos de $10^{6.0}$ DICC₅₀

Ready to use/ No reconstitution required
Prêt à l'emploi/ Aucune reconstitution nécessaire
Listo para su uso/ No necesita reconstitución



Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le Rotavirus/ Vacuna contra Rotavirus
Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral



GlaxoSmithKline

Keep out of the reach and sight of children
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
Manténgase fuera del alcance y de la vista de los niños

Medicinal product subject to medical prescription
Médicament soumis à prescription médicale
Producto medicinal sujeto a prescripción médica

Refer to leaflet before use
Consulter la notice avant utilisation
Antes de la utilización, léase el instructivo anexo.

Protect from light
Protéger de la lumière
Proteger de la luz

Storage/ Cons.: +2°C/+8°C
Do not freeze
Ne pas congeler
No congelar

Oral administration
Administration orale
Administración oral

1 dose/dosis (1.5 ml)
1 oral applicator
1 applicateur pour
administration orale
1 aplicador oral

Rotarix™

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le Rotavirus/ Vacuna contra Rotavirus
Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte

Ready to use/ No reconstitution required
Prêt à l'emploi/ Aucune reconstitution nécessaire
Listo para su uso/ No necesita reconstitución

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral



GlaxoSmithKline