

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.

Éducation :

- 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.

Prothèse :

- 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

AS : 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



Déclaration de Maladie : N° P19-0001906

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12730 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SOUFIANE HANANE Date de naissance : 18/06/1987
Adresse : Villa 88 Pot Salom I, EP Goulia
Tél. : 06-61-42-13-50 Total des frais engagés : 349,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 OCT 2019
Nom et prénom du malade : Sofiane Hanane Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie :
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 : 14 / 11 / 2019

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
21 OCT 2019	C	2	20000	DR. DOUERRADJ CHAÏBI Spécialiste en Pédiatrie 50 Bd. Mohamed V - El Jadida TEL: 05 23 38 24 38

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21 OCT 2019	C	2	20000	DR. DOUERRACHID CHAÏE Spécialiste en pédiatrie 50 Bd. Mohamed V - El Jadida TEL: 05 23 36 24 28

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. El Hadj Nazha Docteur en Pharmacie Bd. Mohammed V El Jadida Tél : 35 28 26	21/10/19	149,00

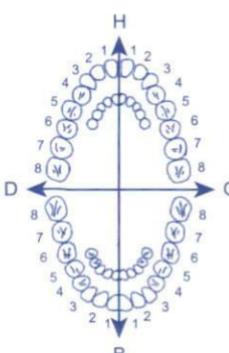
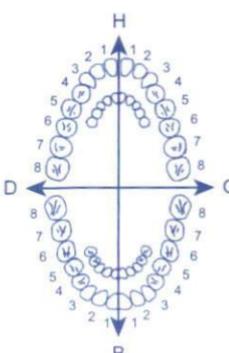
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/19	149,00

[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

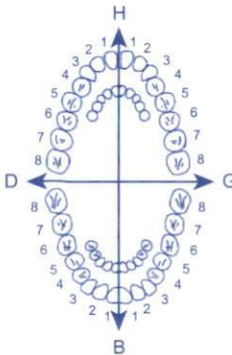
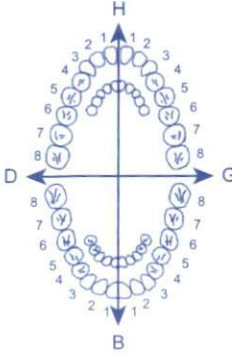
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient					
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> </div>				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> B 00000000 35533411 00000000 11433553 </td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div>		B 00000000 35533411 00000000 11433553		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div>							
	B 00000000 35533411 00000000 11433553							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <hr/> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur DOUERRACHAD Chafik

Spécialiste en Pédiatrie

الدكتور دو الرشاد شفيق

اختصاصي في أمراض الرضيع والطفل

El Jadida, le 21 OCT 2019

Bny Rm
Ilyana

249,00

M. Lionel



PHARMACIE HEFTI
Mme HEFTI Nazha
Docteur en Pharmacie
80, Bd Mohammed V ElJadida
Tél : 35 28 26

249,00

Dr. DOUERRACHAD Chafik
Spécialiste en Pédiatrie
60 Bd. Mohammed V - El Jadida
Tél : 05 23 35 24 10

[Handwritten signature]

El Jadida, le : 21 OCT 2019

NOTE D'HONORAIRES

Je me permets de vous présenter ma note d'honoraires
pour la consultation : 02
du Bébé - Enfant : Bay Rm Ilyan
Dont le Montant est de : 200,00 DH

le : 21 OCT 2019

Dr. DOUERRACHAD Chafik
Spécialiste en Pédiatrie
60 Bd. Mohamed V - El Jadida
Tél : 023 35 24 10



ID : 625483

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 149.00 DH



6 118001 140923



1 dose/dosis (0.5 ml)

and rubella vaccine
rougeole, les oreillons et la rubéole
sarampión, la parotiditis y la rubéola

ent for solution for injection
t pour solution injectable
para solución inyectable

use or intramuscular use
ée ou voie intramusculaire
o vía intramuscular

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 prellena
con solvente + 2 agujas