

## 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° W19-454776

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4503 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL KABIRI Mohamed

Date de naissance : 03/11/60

Adresse : B EL BOUSTANE, SEC-16 Hayriad Rebir

Tél. : 0661773434 Total des frais engagés : 640,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/2019 9 DEC. 2019

Nom et prénom du malade : EL KABIRI Mohamed

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Vaccin

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 : Rebir Le : 28/11/19

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|   | 28/11/2019 | 350,00                |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

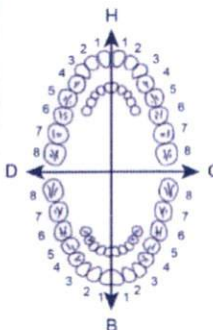
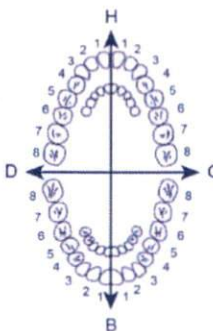
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# 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'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>   |
|--|--|---------------------|-------------|--|
|   |  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span> |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             | MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>      |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>       |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             | FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>         |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             H<br/>             25533412    21433552<br/>             00000000    00000000<br/>             D ————— G<br/>             00000000    00000000<br/>             35533411    11433553<br/>             B           </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br><small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>   |                     |             | MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>      |
|  |  |                     |             | DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>           |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>     |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             |  |
|  |  |                     |             |  |

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

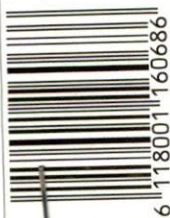


Titulaire de l'AMM et fabricant/  
صاحب رخصة التسويق والمصنع  
Merck Sharp & Dohme Corp.  
770 Summeytown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
Etats-Unis / الولايات المتحدة الأمريكية  
Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

بتم إصدار التشغيل من قبل  
Merck Sharp & Dohme BV  
Waarderweg 39, P.O. 581  
2031 BN, 2003 PC Haarlem  
هولندا / Pays-Bas

VARIVAX® vaccin  
Suspension injectable  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
PPV : 390,00 DH  
AMM 280194-000 / 21711NP  
Distribué par MSD Maroc



LALAMI  
atrie



الدكتورة فاطمة لمموز العلمي  
إخصائية في طب الأطفال

Salé, le : 28.11.18 سلا, في :

El Kabiri *[Signature]*  
wing

390,00

Varivax .

390,00

صيدلية الأمل  
بمسالك زويتين - صيدلية  
Pharmacie AL AMAL  
Bensalem ZOUITEN  
24, Av. Benaboud Salé Tél. 05.37.78.18.77  
Code INPE 102003423

Dr. Fatima LAMMOUZ LALAMI  
PÉDIAATRE  
24 Av. Ahmed Benaboud Apt 03  
Mellah, Jddid - Salé  
05.37.78.18.77  
*[Signature]*