

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

- Réclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-815655

188473

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19659 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ziat Issam

Date de naissance : 12/03/1989

Adresse : Avenue Saphora Bloc G2 secteur 24 Hay Riad Rabat

Tél. : 0669243602 Total des frais engagés : 867,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. KHYARI Hinde Pédiatre - Néonatalogue INPE : 101164119 001614534000061 001614534000061

Date de consultation : 13/10/2023

Nom et prénom du malade : Ziat RAMY 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.

M 27 DEC 2023

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 : Rabat le : 13 / 10 / 2023

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
13.10.23	CS		322DH	INP : 14/10/23

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/23	567,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

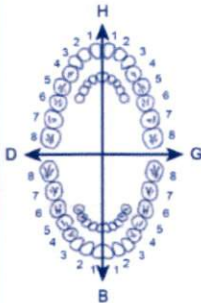
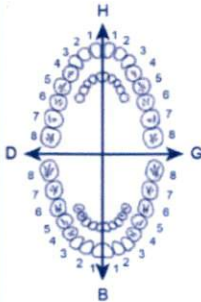
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						
						
						
						

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'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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B			MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KHYARI Hinde

Spécialiste en Pédiatrie
Néonatalogie - Réanimation Néonatale
Consultation homéopathique
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ancienne interne du CHU Ibn Sina Rabat
Praticienne hospitalière à l'Hopital Universitaire Cheikh Zaid

Cabinet de Pédiatrie



الدكتورة هند الخياري

أخصائية في طب الأطفال
والرضع وحديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة بالمستشفى الجامعي شيخ زايد

Date : 13/10/2023

ziati ramy - né(e) le : 21/10/2021 (1 an, 11 mois, 22 jours) **Rabat Le :**

56 F. 00

Nimenrix
1 dose

56 F. 00

Pharmacie du Nail Central
Dr. KHALID IDER
Ilot. 17, Lot. 4, 5ème étage, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82
INPE : 102041019
ICE : 001292180000003

Dr. KHYARI Hinde
Pédiatre - Néonatalogue
INPE : 01164119
ICE : 001614534000061
Tél : 05 37 71 00 93

Nimenrix®

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants. Eliminer
conformément à la législation en
vigueur.

RESPECTES LES DOSES PRECRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

PAA135193

Titulaire de l'Autorisation de mise sur le marché
et fabricant

Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché :
Laboratoires Pfizer S.A.
km 0,5 , Route de Oualidia
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc.

Fabricant responsable de la libération des lots :
Pfizer Manufacturing Belgium N.V.
Rijksweg 12 B-2870 Puurs
Belgique



Nimenrix®

Poudre et solvant pour solution injectable en seringue préremplie

Vaccin méningococcique conjugué des groupes A, C, W-135 et Y



Nimenrix®

Poudre et solvant pour solution injectable en
seringue préremplie

Vaccin méningococcique conjugué des groupes A,
C, W-135 et Y

1 dose / (0,5 ml)

1 seringue préremplie : solvant • 1 flacon :
poudre • 2 aiguilles.

Après reconstitution, utiliser rapidement.

Bien agiter avant utilisation. Voie intramusculaire.

Pfizer

LOT/EXP:

EN8077
07/2024

Après reconstitution, 1 dose (0,5 ml) contient 5
microgrammes de polysides de *Neisseria meningitidis* des
groupes A, C, W-135 et Y.

Excipients : saccharose, trométamol, chlorure de sodium, eau
pour préparations injectables.

A conserver au réfrigérateur. Ne pas congeler. A conserver
au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C)., à l'abri de la lumière.

NIMENRIX 1DOSE(0.5ML)
P.P.V. 567DH00
6 118001 171408
Laboratoires
Pfizer S.A.

