

## 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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-725233

244846

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12659

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ziat I ssam

Date de naissance :

12/03/1989

Adresse :

Avenue Sophora, Rue Alip, Bloc G2, secteur 24,

Hay Riad Rabat-

Tél. :

0669 21 34 02

Total des frais engagés :

1060,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. KHYARI HIND  
Pédiatre - NEONATOLOGUE  
INPE : 10148433  
ICE : 001614534000061  
Tél : 05 37 77 00 93

Cachet du médecin :

Date de consultation :

28.10.2022

Nom et prénom du malade :

Ziat Ramy

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Seccurite

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.

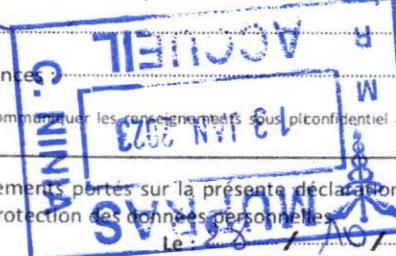
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Rabat

Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-725233

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## **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
07/02/2021	Consultation	2	3000DH	INP : 101644534000081 Dr. KHYALI Néonatalogiste Pédiatre - 101644534000081 INPE - 001644534000081 Signature : 25/3/2021

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie du Val d'Yerres Dr. KUHN Rte de Paris Tel.: 03 52 17 09	28/10/99	760,00

## **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	

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	D	G	
	25533412	00000000	21433552	
	35533411	00000000	11433553	
	B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession			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 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'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid

Cabinet de Pédiatrie



الدكتورة هند الخيري

أخصائية في طب الأطفال  
والرضع وحديثي الولادة  
خريجة كلية الطب برباط  
طبيبة بمستشفى الجامعي شيخ زايد

Rabat Le : 22/11/2012

Roxy 24

F6010

(1) Preuve 13

100%

F6010

Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID IDER  
1007, Lvl 4, Secteur 9, Hay Riad  
Tél: 05 37 71 67 82  
Fax: 05 37 71 67 82  
E-mail: iderpharm@yahoo.fr

Dr. KHYARI Hinde  
Néonatalogue  
Pédiatre - 101164119  
NPE : 00161434000061  
ICE : 00161434000061  
Tel : 05 37 71 00 93

# Prevenar<sup>13</sup><sup>®</sup>

suspension injectable

Vaccin pneumococcique polyosidique conjugué (13-valent, adsorbé)

Suspension injectable

1 seringue préremplie unidose (0,5 ml) avec aiguille séparée

Voie intramusculaire.

Bien agiter avant emploi.



Lot/EXP:

FL0683  
12/2023

1 dose (0,5 ml) contient 2,2 µg de polyosides des sérotypes 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F et 4,4 µg du sérotype 6B.

Chlorure de sodium, acide succinique, polysorbate 80 et eau pour préparations injectables



Titulaire de l'AMM au Maroc :  
Laboratoires Pfizer S.A.  
km 0.500, Route de Oualidia  
BP 35  
24 000 El Jadida, Maroc

*Prevenar*® 13

Fabricant responsable de la libération des lots :  
Wyeth Pharmaceuticals  
New LaneHavant  
Hampshire, PO9 2NG  
Royaume-Uni

Pfizer Manufacturing Belgium N.V.  
Rijksweg 12  
B-2870 Puurs  
Belgique

*Prevenar*® 13

suspension injectable      PPV : 760.00 DH



6" 118001" 171057

AMM N° 580/18DMP/21/NRS

#### **RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

#### **Liste I - Uniquement sur ordonnance**

PAA16712

Lire la notice avant utilisation.

A conserver au réfrigérateur.

Ne pas congeler.

Prevenar 13 est stable à des températures jusqu'à 25°C pendant quatre jours.

A la fin de cette période Prevenar 13 doit être utilisé ou éliminé.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.