

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-811207

174436



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7062

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAAD MIRIAM

Date de naissance : 10-11-1957

Adresse :

Tél. : 0670156869-

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ahmed AIT OUSSOUS  
Médecin Chef  
Général Tabarine

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/8/2013

Nom et prénom du malade : M.M., Age:

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
10/08/23			CC	INP : 041066150

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

**AIRES**  
Cachet et signature du Médecin

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																														
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>Nature des Soins</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>Coefficient</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>INP :</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																																														
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>										
		H	25533412	21433552																																										
		D	00000000	00000000																																										
		G	00000000	00000000																																										
		B	35533411	11433553																																										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																										
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																																														

# 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)

Après reconstitution, 1 dose (0,5 ml) contient 5 microgrammes de polysaccharides 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.

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

Après reconstitution, utiliser rapidement.

Bien agiter avant utilisation. Voie intramusculaire.



LOT/EXP.:

EN8077  
07/2024

NIMENRIX 1 Dose (0,5ml)  
P.P.V : 567DH00  
  
6 118001 171408

Laboratoires  
Pfizer  
S.A.



# pharmacie AL MOGGAR - Inezgane

Sanae TERRAB

05 28 83 48 48

45 boulevard mokhtar soussi , INZEGANE,



Facture N° FAC-224735

Date : 10/08/2023

maad meriam

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
NIMENRIX 0.5ML LYOPHILISAT ET SOLVANT B1	1	567,00	567,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	567,00 DHS
<b>Total</b>	<b>567,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent soixante-sept DHS

TERRAB SANA  
Pharmacie AL MOGGAR  
45 BD Mokhtar Soussi  
NEZGANE  
Tél: 0528834848 Fax: 0528636973

Dr. Ahmed Tabarine  
Dr. Ahmed Tabarine  
Dr. Ahmed Tabarine

ORDONNANCE

le 16/08/23

M. Mme 66150

MAAD Drevam

56740

1)

Nimeneit

injectable



2 doses en 18j.

TERRAB SANAÉ  
Pharmacie AL MOGGAR  
45 BD Mokhtar Soussi  
INEZGANE  
Tél: +212 528834647 Fax: 0528836973

