

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.

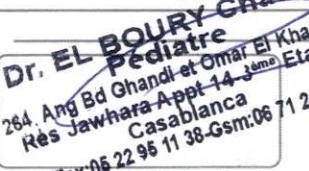
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

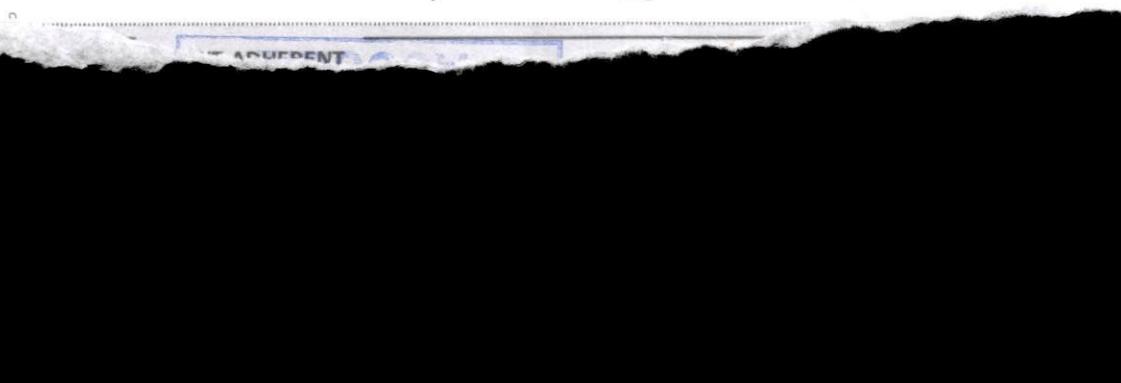
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

A 26578
 Optique
 Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 13426 Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Benhniai Abdellah		
Date de naissance : 31/01/1991		
Adresse : Avenue, Bloc 11, Imme Appartement 11 Résidence Casablanca		
Tél. : 0613643717 Total des frais engagés : 867,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : 26/08/2013 Nom et prénom du malade : Benhniai Abdellah Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.		

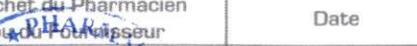
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Casablanca Le : 26/08/2013
 Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
26.08.25.		Q 300 DA		INP : <input type="text"/> INPE:09102224 Dr EL BOURY Ghadie + Omar El Khayam Etage

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture (si Fax 06 22 95 11 38 GSM: 06 71 24 264, Ang. Res Jawhara A Casablanca
	28.08.2005	567 ~

~~ANALYSES - RADIOPHARMACIES~~

Cachet du Ministère du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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																																
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																																	
25533412	21433552																																
00000000	00000000																																
D		G																															
00000000	00000000																																
35533411	11433553																																
B																																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																													

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البوري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والريو عند الطفل

Casablanca, le **26.08.2023**

Enfant BENHMID Razane

Age : 2 ans 3 mois

Poids : 11,78 Kg

567 —
— NIMENRIX

Dr EL BOURY Chadia
Pédiatre
204, Angle Bd Ghandi et Omar El Khayam,
Residence Jawhara Appt 14.2ème étage
Tel: 05 22 95 11 38 - GSM: 06 71 24 76 77

PHARMACIE EL BOOURY
Casablanca ★
Tél.: 05 22 334 05
Fax: 05 22 334 823

Nimenrix® poudre et solvant pour solution injectable en seringue préremplie

NIMENRIX Dose (0,5ml)
P.P.V : 567 DH00
Laboratoires Pfizer S.A.
6118001 171408

■ Pneumococcique conjugué des groupes A, C, W₁₃₅ et Y
■ Recevez l'information complète et la plus récente sur Nimenrix en lisant attentivement cette notice avant de recevoir ce vaccin car les informations importantes pour vous.

■ Vous pourriez avoir besoin de la relire. Pour d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien. Personnellement prescrit à vous ou à votre enfant. Ne le donnez

■ à personne. Si vous avez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait dans cette notice. Voir rubrique 4.

■ Votre enfant a été rédigée en partant du principe que la personne recevant le vaccin peut être administré aux adultes et aux enfants donc vous

■ De plus, il peut être administré à votre enfant.

■ Que contient cette notice

même avant, toute injection avec une aiguille. Aussi parlez-en à votre médecin ou infirmier(ère) si vous ou votre enfant vous êtes évanoui lors d'une précédente injection.

Autres médicaments et Nimenrix

Informez votre médecin ou infirmier(ère) si vous prenez ou avez récemment pris tout autre médicament, y compris des vaccins ou des médicaments obtenus sans ordonnance.

Nimenrix peut également ne pas agir aussi bien si vous prenez des médicaments qui affectent votre système immunitaire.

A partir de un an, Nimenrix peut être administré en même temps que les vaccins suivants : les vaccins de l'hépatite A (HepA) et de l'hépatite B (HepB), le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR), le vaccin rougeole-oreillons-rubéole-varicelle (RORV), le vaccin pneumococcique conjugué 10-valent ou le vaccin sans adjvant contre la grippe saisonnière.

Dans la deuxième année de la vie, Nimenrix peut aussi être administré en même temps que les vaccins combinés diphtérie-tétanos-coqueluche acellulaire (DTCa), incluant les vaccins combinés avec l'hépatite B, la poliomylérite inactivée ou