

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 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° W21-620952

77029

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : GENANE ICHRAK 12462 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GENANE ICHRAK

Date de naissance : 23/07/1985

Adresse : 29, bd de la meque

Tél. : 0662763330 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/06/2021

Nom et prénom du malade : BEN ABDERRAHMAN YAHYAT

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Varicelle

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) :

[Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

4.6.21	G2		250	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [Signature]
--------	----	--	-----	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

[Signature]	4.6.21	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.

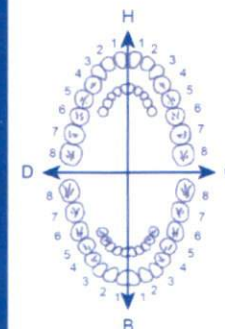
Important :

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

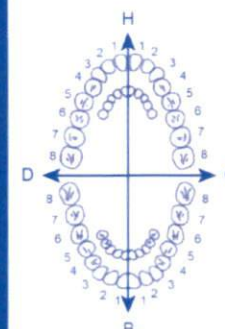
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

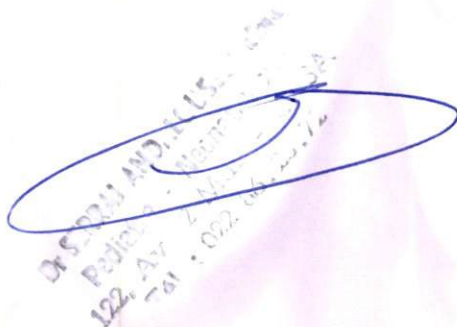
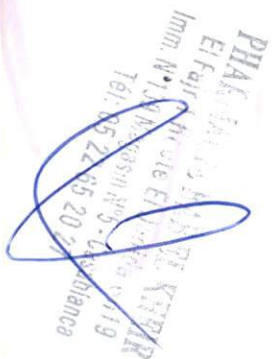


4/6/21

Benabduljahil Yaloub

567,00

Nimexix



Nimenrix®

Poudre et solvant pour solution injectable en seringue préremplie

Poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie in een voorgevulde spuit

Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung in einer Fertigspritze

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

Meningokokkengroep A, C, W-135 en Y geconjugueerd vaccin

Meningokokken-Gruppen A, C, W-135 und Y-Konjugatimpfstoff

1 dose / dosis / Dosis (0,5 ml)

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 dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière.

Lire la notice avant utilisation.

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

Lees voor het gebruik de bijsluiter. Buiten het zicht en bereik van kinderen houden. Verwijderen in overeenstemming met de lokale voorschriften.

Packungsbeilage beachten.

Arzneimittel für Kinder

unzugänglich aufbewahren.

Entsorgung entsprechend den nationalen Anforderungen.

PAA119021

Nimenrix®

Poudre et solvant pour solution injectable en seringue préremplie

Poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie in een voorgevulde spuit

Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung in einer Fertigspritze

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

Meningokokkengroep A, C, W-135 en Y geconjugueerd vaccin

Meningokokken-Gruppen A, C, W-135 und Y-Konjugatimpfstoff

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

Après reconstitution, utiliser rapidement.
Bien agiter avant utilisation. Voie intramusculaire.

1 voorgevulde spuit: oplosmiddel •

1 injectieflacon: poeder • 2 naalden.

Gebruik onmiddellijk na reconstitutie. Goed schudden voor gebruik. Intramusculair gebruik.

1 Fertigspritze: Lösungsmittel •

1 Durchstechflasche: Pulver • 2 Nadeln/Kanülen.

Nach der Rekonstitution sofort verwenden.

Vor Gebrauch gut schütteln. Intramuskuläre Anwendung.

Na reconstitutie bevat 1 dosis (0,5 ml) 5 microgram van *Neisseria meningitidis*-groep A, C, W-135 en Y polysaccharides.

Hulpstoffen: sucrose, trometamol, natriumchloride, water voor injectie.

Bewaren in de koelkast. Niet in de vriezer bewaren. Bewaren in de oorspronkelijke verpakking ter bescherming tegen licht.

NIMENRIX 1Dose (0,5ml)

P.P.V : 567DH00



NIMENRIX 1Dose (0,5ml)



Laboratoires Pfizer S.A.

Nach Rekonstitution enthält 1 Dosis (0,5 ml) je 5 Mikrogramm *Neisseria meningitidis*-Gruppen A, C, W-135 und Y-Polysaccharide.

Sonstige Bestandteile: Saccharose, Trometamol, Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke.

Im Kühlschrank lagern. Nicht einfrieren. In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen.



LOT/EXP:

DJ17288
08/20



13

Nimenrix®

Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich,
Kent CT13 9NJ, Royaume-Uni / Vereinigd
Koninkrijk / Vereinigtes Konigreich
EU/1/12/76/003



NEUT
KONT
KONT
KONT