

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W21-620952

27/02/21

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <b>GENANE 12462</b>	Société : <b>Royal Air Maroc</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>GENANE ICHRAK</b>			
Date de naissance : <b>23/07/1985</b>			
Adresse : <b>22, bol de la mequée</b>			
Tél. : <b>0662763330</b>			
Total des frais engagés : <b>Dhs</b>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **06/07/2021**

Nom et prénom du malade : **SALEM ABDELJELIL YOUSSEF**

Age : **41**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Jaum** | **Prisage**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **/ /**

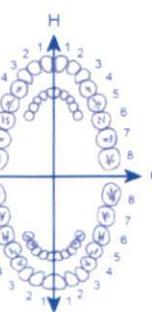
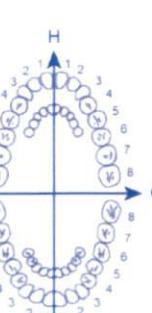


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
4.6.21	C2		250	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4.6.94	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 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.																					
<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>  	Qents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DEBUT D'EXECUTION																	
				FIN D'EXECUTION																	
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  																	
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>						25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
				25533412	21433552																
				00000000	00000000																
				<hr/>																	
D	G																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																					
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montants des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																		

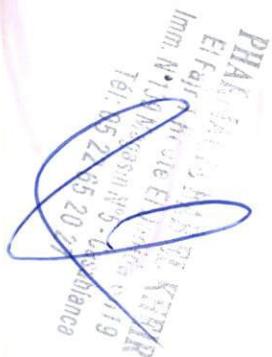
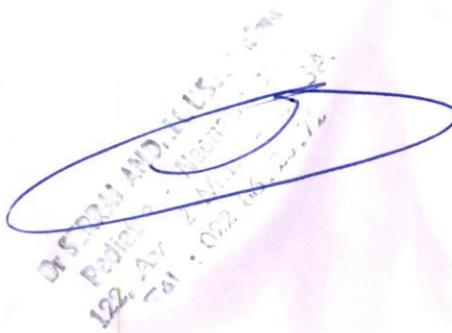


٤١٦٩٢٦

Bien à tous les malades

564,00

Nimennix



# Nimenrix®

Poudre et solvant pour solution injectable en seringue préremplie

Poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie in een voor gevulde 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 geconjugeerd 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 voor gevulde 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 geconjugeerd 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 voor gevulde 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.



LOT/EXP.:

01/2028



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

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)   
  
6 118001 171408 Laboratoires 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.