

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 à caractère personnel.

N° W21-650204

123637

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3396

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Benchaïd Razzene

Date de naissance :

31/01/91

Adresse :

Residence des saisons, RNP81

Tél. : 06 13 64 37 12

Total des frais engagés : 1197,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr EL BOURY Chadia
pédiatre

284 Av Bd Ghandi et Omar El Khayam
Res Jawhara Appt 14-3^e Etage
Casablanca
Tel/Fax: 05 22 95 11 38-Gsm: 06 71 24 76 77

Cachet du médecin :

Date de consultation :

16 JUIL 2022

Nom et prénom du malade :

Benchaïd Razzene

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie de Vai

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 : 16/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

16/07/22



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
18 JUIL 2022	g		200.00	 DR EL BOURY OMAR KHAYAM Réélectre 264 Ang Bd Ghandi et Omar El Khayam Rab Jawhara Appart 14-3 ^e Etage Rabat - Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
	16.07.26.	760 ?
	16/07/2029	187,00

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

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																					
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">D</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 40%;">G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>				D		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			00000000	00000000		35533411	11433553	
D		G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البويري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والربو عند الطفل

Casablanca, le

16 JUIL 2022

PEDIAKID NEZ-GORGE
PVC : 98,00 DHS
Complément alimentaire ce n'est pas un
médicament
N°DA20161512265DMP/201CA/MAV2
RIMAPHARMA: 165, bd Abdelloumen
Casablanca

8 kg

Béni M'hid Razane

TS

98,00

1^o / Sedex kid Nce

2 cote x 21 j

187,00

83,50

2^o / Steiner

1 pote

TS

3^o / Alw Syd app

960 - 1002 j/ jour

6^o / N. - necces

Dr EL BOURY Chadia
Pédiatre

284 Ang Bd Ghandi et Omar El Khayam
Res Jawhara Appt 14-3^{eme} Etage
Casablanca

Tel./Fax: 05 22 95 11 38-Gsm: 06 71 24 76 77

PHARMACIE LAYALI
Sana CHASBOUBA
Docteur en Pharmacie
LAYALI 2^o étage Berrechida
TEL: 05-22-32-42-30



Prevenar 13®
Titulaire de l'AMM au Maroc :
Laboratoires Pfizer S.A.
km 0,500, Route de Oualidia
BP 35,
24 000 El Jadida, Maroc

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



AMM N° 580/18DMP/21/NRS

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

PAA167121



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.

Prevenar 13®

suspension injectable
Vaccin pneumocoque polyosidique conjugué (13-valent, adsorbé)

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

Voie intramusculaire.
Bien agiter avant emploi.

FC3161
09/2023



Lote EXP:

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 séotype 6B.

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

11

