

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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° W21-786642



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

8463

Société :

RAM

(8463)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nat Rm P

El noctafn

Date de naissance :

09-02-69

Adresse :

5 Rue Nasoule Q. des hopitaux

Tél. :

06612187M

Total des frais engagés :

1044

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Naïf Ben Ali Dany Age: 12

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Jac

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 : 12-02-23

Signature de l'adhérent(e) :



| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11/12/2013 | CH | 3 | 3.320 DT | DRP : 1111111111 Dr EL BOURTcha Pédiatre Lane 2d Ghamraa, Omar E Khayam Etage 1 Tunisie 1000 71247611 |

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 11/07/93 | 264,- |

| <p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaleires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXÉCUTION | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXÉCUTION | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <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> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <hr/> | | B | | | | | | | | | | | | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXÉCUTION | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البويري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والريو عند الطفل

Casablanca, le

١١٧٢٣

نات براهي دينا

مع

(1) Gantacil



Dr EL BOURY Chadia
Pédiatre

264 Ang Bd Ghandi et Omar El Khayam
Res Jawhara Appt 14-3^{eme} Etage
Casablanca
Tél/Fax: 06 22 95 11 38 - GSM: 06 71 24 76 77

GARDASIL®

Suspension injectable en seringue préremplie.
1 seringue préremplie unidose de 0,5 ml avec 2 aiguilles.
Voie intramusculaire (IM).

A conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C).
Ne pas congeler.
Conserver la seringue dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.
Bien agiter avant emploi.
Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.



نطاف في الثلاجة (من 2 درجة مئوية إلى 8 درجة مئوية).
لا يزيد عن 10 درجات مئوية (30 درجة مئوية).
تحفظ المعلبة في درجة حرارة من 5 درجة مئوية إلى 30 درجة مئوية.
أرجو تدوير المعلبة كل 18 شهرًا.
تحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

Vaccin Papillomavirus Humain [Types 6, 11, 16, 18] (Recombinant, adsorbé)
لقاح فيروس الورم الحليمي البشري [الأنواع 6 ، 11 ، 16 ، 18] (الرسوبن ، المتر)



MSD VACCINS
162 avenue Jean Jaurès
69007 Lyon
France

MSD VACCINS
شارع جان جوريه 162
69007 ليون
فرنسا

رقم ترخيص التسويق / AMM N° : 323/18DMP/21/NRQ.

Médicament soumis à prescription médicale.

دواء خاضع لوصفة طبية

Respecter les doses prescrites

Liste I – Uniquement sur ordonnance
القائمة الأولى – خاضع لوصفة طبية فقط

Fabricant :

Merck Sharp & Dohme Corp,
770 Sumneytown Pike,
West Point, PA 19486, Etats-Unis

Titulaire de l'AMM au Maroc

MSD Maroc (siège social)
166, 168 Bd Zerkouni
20060 - Casablanca
Maroc

P.P.V: 744,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
Code EAN : 6118001160365.

المصنع:

• Merck Sharp & Dohme Corp
770 سومنیتوون بیک ،
ویست بوینت ، بنسلفانیا 19486 ، الولايات المتحدة

حامل ترخيص التسويق بالمغرب :
MSD Maroc (المقر الرئيسي).
168-166 شارع الزرقطوني.
دار البيضاء (المغرب).
20060