

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-545359

40160 CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M463 Société : royal air maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DAHBI KAMR  
 Date de naissance : 14/07/1975  
 Adresse : 11, rue du Karami Farah 1 Settat  
 Tél : 0661766475 Total des frais engagés : 394,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/09/2020  
 Nom et prénom du malade : Dahbi Mohamed Age : 08/09/2020  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : NACCINALE  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : CASA BLANCA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-545359

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : M463  
 Nom de l'adhérent(e) : DAHBI KAMR  
 Total des frais engagés : 394,00 Dhs  
 Date de dépôt : 09/09/2020

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
08/09/2020		1	280	INP : 091061887

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chorfa Km 27 Rte de A. Zmoune - Sidi Raïdjal Tel: 05 22 06 93 85	08/09/2020	144
INP : 062060538		

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
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prie 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000 G</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS [ ]
	[Création, remont, adjonction]			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Adil Fath Allah

## Pédiatre

Ordonnance



le

08/09/2020

Dahbi Adhamed

Tetrad

144

PHARMACIE CHOUA  
Douar Choua Km 27 Rte d...  
Sidi Kaddal  
Tel: 05 22 96 93 85

Docteur Adil FATHALLAH  
Groupe résidentiel Al Firdous Hamm. 65 CH. 7  
OULFA - CASABLANCA  
Tél : 05 22 91 00 30 - Urgences : 06 66 48 76 67

# TETRAXIM

Suspension injectable en seringue préremplie

Vaccin diphtérique, tétanique,  
coquelucheux (acellulaire, multi-composés)  
et poliomyélitique (inactivé), adjuvant

Veuillez lire attentivement l'intégralité  
avant de faire vacciner votre enfant, car  
informations importantes.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin.
- Si vous avez d'autres questions, si vous interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce vaccin a été prescrit à votre enfant uniquement, jamais à quelqu'un d'autre.
- Si votre enfant ressent un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.  
Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Aïn sebaâ Casablanca  
Tetraxim Inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 134,60 DH



## Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que TETRAXIM et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser TETRAXIM ?
3. Comment utiliser TETRAXIM ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TETRAXIM ?
6. Informations supplémentaires

## 1. QU'EST-CE QUE TETRAXIM ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

TETRAXIM est un vaccin. Les vaccins sont utilisés pour protéger contre les maladies infectieuses.

Quand TETRAXIM est injecté, les défenses naturelles du corps développent une protection contre ces maladies.

TETRAXIM est indiqué pour aider votre enfant à se protéger contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite.

TETRAXIM est indiqué chez les enfants à partir de l'âge de 2 mois.

## Autres m

En prime  
administr  
HIB) ou a  
séparés, c  
Dans le c  
vaccins a  
pour plus  
Informez  
récemmen  
obtenir sa

Gros