

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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

4016 CR

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : M463

Société : Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAHBI KAMAR

Date de naissance : 14/07/1975

Adresse : 11, rue des rameaux Farah 1 Settat

Tél. : 06 61 76 64 75

Total des frais engagés : 394.00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/2020

Nom et prénom du malade : Dahbi Mohamed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Nociceptive

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

16 SEP. 2020  
MUPRAS  
ACCUEIL

### 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 Kamal

Total des frais engagés : 394.00 DHS

Date de dépôt : 09/09/2020

## **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  |
| 08/05/2023                     | Consultation      | 1                     | 260                             | INP : 288340180<br>Tél : 05 22 91 00 30 - Urgences : 06 66 18 76 07<br>Groupe Résidentiel OULIA - CSABELVAC |
|                                |                   |                       |                                 |                           |

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE CHAUVIN</b><br>Chantal Kim 27 Rte d'Alençon<br>72100 Loué - Sarthe<br>Tél. 02 33 25 29 93 | 08/03/2020 | 144                   |
|  |            | INP 062060538         |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## VOLET ADHERENT

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

## 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 : [REDACTED]                   |
|--|---|----------------------|-------------|------------------------------------|
|  |   |                      |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
|  |   |                      |             | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]      |
|  |   |                      |             | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]       |
|  |   |                      |             | FIN D'EXECUTION [REDACTED]         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                      |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
|  | H   | G                    | B           | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]      |
|  | 25533412<br>00000000  | 21433552<br>00000000 |             | DATE DU DEVIS [REDACTED]           |
|  | 35533411  | 11433553             |             | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]     |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession. |                      |             |                                    |
|  |   |                      |             |                                    |
|  |   |                      |             |                                    |
|  |   |                      |             |                                    |
|  |   |                      |             |                                    |
|  |   |                      |             |                                    |
|  |   |                      |             |                                    |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |                      |             |                                    |

# Docteur Adil Fath Allah

## Pédiatre

Ordonnance

le

08/05/2023

Dahla      Nahmed

474

Tetrad

MAP  
PHARMACIE CHOUF  
Douar Chouf Khi, 27 Rte D...  
Groupe résidentiel AFRICOISIUM, 65 CH. 7  
TEL : 05 22 91 00 30 - Urgences : 06 66 48 76 57

Docteur ADIL FATH ALLAH  
Groupe résidentiel AFRICOISIUM, 65 CH. 7  
TEL : 05 22 91 00 30 - Urgences : 06 66 48 76 57

# TETRAXIM

Suspension injectable en seringue préremplie

Vaccin diphtérique, tétanique,  
coquelucheux (acellulaire, multi-valent)  
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 de la consulter plus tard.
- Si vous avez d'autres questions, si vous souhaitez interroger votre médecin ou votre pharmacien, n'hésitez pas à le faire.
- Ce vaccin a été prescrit à votre enfant uniquement et ne doit pas être donné 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.  
Ain sebaâ Casablanca

Tetraxim inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 134,60 DH



5 118001 08072

## 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 téton, la coqueluche et la poliomyélite.

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

• si votre enfant a des réactions allergiques aux ingrédients de ce vaccin ou à d'autres vaccins administrés pendant les deux dernières semaines. • si votre enfant a une infection grave ou une réaction allergique au précédent vaccin contre la diphtérie, le téton ou la coqueluche. • si votre enfant a déjà eu une réaction allergique à TETRAXIM ou à l'un de ses effets secondaires.

## Autres maladies

En présence d'une maladie grave, il peut être nécessaire d'administrer TETRAXIM ou d'autres vaccins séparément. Dans ce cas, il est recommandé de faire vacciner l'enfant pour plusieurs maladies à la fois. Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous avez obtenu des résultats différents de ceux attendus.