

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-533843

ND: 44838

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5509 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ENNAHIR AZEDDINE

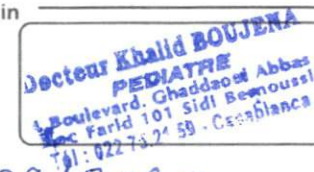
Date de naissance : 13.12.1962

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0662491781 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/09/2020

Nom et prénom du malade : ENNAHIR JANAT Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Mère

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 22 JULI 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

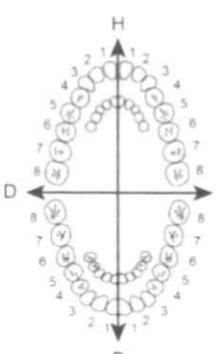
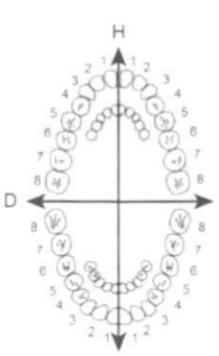
- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | |
|--|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date: 26/09/2020 Montant de la Facture: 814,00 |

[illegible][illegible]

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|---|--|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
| <p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important :</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Khalid BOUJENA PEDIATRE

Spécialiste des Maladies de l'Enfant
du Nourrisson et du Nouveau-né
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de l'Assistance
Publique et du SAMU Pédiatrique de Paris



دكتور خالد بوجنة

مصاصي في أمراض الطفل و الرضيع
خريج كلية الطب بباريس



Le : 26/09/2020

Evalier Jannah

81400

Prevenir 12/11/20



Docteur Khalid BOUJENA
PEDIATRE
Boulevard Ghaddaoui Abbas
Bloc Farid 101 Sidi Bernoussi
Tél : 022 75 21 59 - Casablanca



Prevenar 13®



Prevenar 13 suspension injectable

Vaccin pneumococcique polysidique conjugué
(13-valent, adsorbé)



PAA135295
020



Prevenar 13 assure une protection contre 13 types de la bactérie *Streptococcus pneumoniae*, et remplace Prevenar, qui assurait une protection contre 7 types.

Le vaccin agit en aidant l'organisme à créer ses propres anticorps, qui vous protègent vous ou votre enfant contre ces maladies.

2. Quelles sont les informations à connaître avant que vous ou votre enfant ne receviez Prevenar 13

► Prevenar 13 ne doit pas être administré :

- si vous ou votre enfant êtes allergique (hypersensible) aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6) ou à un autre vaccin contenant l'anatoxine diphtérique.
- si vous ou votre enfant avez une infection sévère avec une température élevée (plus de 38°C). Dans ce cas, la vaccination sera différée jusqu'à ce que vous ou votre enfant alliez mieux. Une infection mineure, telle qu'un rhume, ne pose pas de problème. Cependant, parlez-en d'abord avec votre médecin, votre pharmacien, ou votre infirmière.

► Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin, pharmacien, ou infirmier/ère avant la vaccination si vous ou votre enfant :

- avez ou avez eu des problèmes médicaux après une dose de Prevenar ou de Prevenar 13 tels qu'une réaction allergique ou des difficultés respiratoires.
- présentez un problème de saignement, ou si vous ou votre enfant avez souvent des ecchymoses (bleus).
- avez un système immunitaire affaibli (en raison d'une infection à VIH, par exemple), vous pourriez ou il/elle pourrait ne pas tirer un bénéfice complet de Prevenar 13.
- avez souffert de convulsions car la prise de médicaments pour faire baisser la fièvre pourrait être nécessaire avant l'administration de Prevenar 13. Si votre enfant devient inerte ou souffre de convulsions après la vaccination, contactez immédiatement votre médecin. Voir également rubrique 4.

Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère avant la vaccination si votre enfant est né très grand prématuré

3. Comment Prevenar 13 est-il administré

Le médecin ou l'infirmière va injecter la dose recommandée (0,5 ml) du vaccin dans le muscle de votre bras ou dans le muscle du bras ou de la cuisse de votre enfant.

Nourrissons âgés de 6 semaines à 6 mois

Habituellement, votre enfant doit recevoir un schéma initial en trois injections du vaccin suivi d'une dose de rappel.

- La première injection peut être administrée à partir de l'âge de 6 semaines.
- Chaque injection sera administrée à au moins un mois d'intervalle.
- Une quatrième injection (rappel) sera administrée entre l'âge de 11 et 15 mois.
- Vous serez informé de la date à laquelle votre enfant doit revenir pour l'injection suivante.

En accord avec les recommandations nationales en vigueur, un schéma alternatif peut être utilisé par votre médecin. Pour plus d'informations, adressez-vous à votre médecin, à votre pharmacien, ou à votre infirmière.

Prématurés

Votre enfant recevra un schéma initial en trois injections du vaccin. La première injection peut être administrée dès l'âge de six semaines, et l'intervalle entre les doses est de minimum un mois. Votre enfant recevra une quatrième injection (rappel) entre l'âge de 11 et 15 mois.

Nourrissons, enfants et adolescents âgés de plus de 7 mois non vaccinés

Les nourrissons âgés de **7 à 11 mois** doivent recevoir deux injections. Chaque injection sera administrée à au moins un mois d'intervalle. Une troisième injection sera administrée au cours de la deuxième année de vie.

Les enfants âgés de **12 à 23 mois** doivent recevoir deux injections. Chaque injection sera administrée à au moins deux mois d'intervalle.

Les enfants âgés de **2 à 17 ans** doivent recevoir une injection.

Nourrissons, enfants et adolescents précédemment vaccinés avec Prevenar