

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <b>121729</b>	Société : .....	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : .....
Nom & Prénom : .....		
Date de naissance : .....		
Adresse : .....		
Tél. : .....	Total des frais engagés : .....	Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : .....	/	.....	/
Nom et prénom du malade : .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : .....			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : .....
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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22- 054720**

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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 des données à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

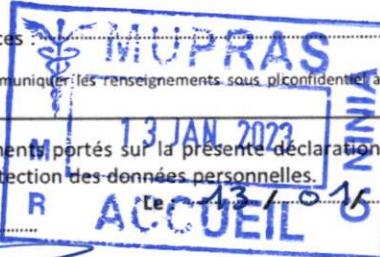
N° W21-770110



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>12729</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>NEHAJI OTHMAN</b>
Nom & Prénom : <b>NEHAJI OTHMAN</b>			
Date de naissance : <b>29/04/1986</b>			
Adresse : <b>Rue Al Karam - Secteur 3, Lot 4, Immeuble Ihane 2 - Apt 12 - Hay Riad - Rabat</b>			
Tél. : <b>0648 22 036 4</b>	Total des frais engagés : <b>867,00 Dhs</b>		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Appartement 1, secteur 9 Hay Riad 3, Rue hab Lamliouk, Im Essefa Médecine et Réanimation Neurochirurgie Professeur agrégée de l'Ecole de médecine PR.GHANIMI ZINEB	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>07.01.23</b>
Nom et prénom du malade :	<b>NEHAJI - SMAIL</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>VACCIN</b>
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 :	<b>Rabat</b>
Signature de l'adhérent(e) :	<b>Zohra</b>
Date : <b>13/01/2023</b>	



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
07.01.22.51			320 DHS	<i>Le 07.01.22.51</i> Signature de M. EL HADJ MOUSSA HABIBI ZINE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE A. TOUSSANT - Rabat 05 37 75 16 07 Tél: 05 37 75 11 40 00 050	07.01.23	567,00 DHS
		N°: AD. 200-83-18

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
	<b>DENTS TRAITÉES</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>NATURE DES SOINS</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>COEFFICIENT</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DÉBUT D'EXÉCUTION																
				FIN D'EXÉCUTION																
					<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MONTANTS DES SOINS
							H	25533412	21433552											
							D	00000000	00000000											
							B	00000000	11433553											
							G	35533411												
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXÉCUTION																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																			

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie  
Médecine et réanimation néonatale  
Hématologie pédiatrique



د. زينب غانمي

أستاذة مبرزة في طب الأطفال  
طب وإنعاش حديثي الولادة  
أمراض الدم و علم أورام الأطفال

Rabat, le 07.21.23 ..... الرباط، في

mehfaji Ismail

203,00 Dhs.

① A Voxim

364,00 Dhs.

② Nomina

Total =) 567,00 Dhs.

Dr. ZINEB  
Professeur agrégée de Pédiatrie  
Médecine et Réanimation Néonatale  
3, Rue Hab Lamrouk, imm. Essafae,  
Appartement 1, secteur 9, Hay Riad  
Tél.: 0537.57.01.54

3, rue Hab Lamrouk, imm. Essafae,  
appartement 1, secteur 9.  
Hay Riad. Rabat.  
Tél. : 0537.57.01.54 INPE 101169431



zineb.ghanimi@gmail.com

PHARMACIE AL MINBAT  
18, AV. Mehdia Ben Berka,  
Souissi - Rabat 10700  
Tel: 0537.75.16.07  
ICE : 00175114000050

3, زنقة حب الملوك، عمارة الصفاء،  
شقة رقم 1، دائرة 9  
حي الرياض.  
الهاتف: 0537.57.01.54

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie  
Médecine et réanimation néonatale  
Hématologie pédiatrique



د. زينب غانمي

أستاذة مبرزة في طب الأطفال  
طب وإنعاش حديثي الولادة  
أمراض الدم و علم أورام الأطفال

Rabat, le 07.01.23 في الرباط

Melhajji Ismail

Note d'honneur

CSS

3000hs

ZINEB  
Professeur agrégée de Pédiatrie  
Médecine et Réanimation Néonatale  
3, Rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,  
Appartement 1, secteur 9 Hay Riad  
Tél. : 0537.57.01.54

3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,  
appartement 1, secteur 9.  
Hay Riad. Rabat.  
Tél. : 0537.57.01.54 INPE 101169431



zineb.ghanimi@gmail.com

3، زنقة حب الملوك، عمارة الصفاء،  
شقة رقم 1، دائرة 9  
حي الرياض.  
الهاتف: 0537.57.01.54

# AVAXIM 80 U

Pédiatrique/Pediatric/Pediátrico

Vaccin de l'hépatite A (inactivé, adsorbé)

Hepatitis A vaccine (inactivated, adsorbed)

Vacuna contra la hepatitis A (inactivada, adsorbida)

Suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml) avec aiguille - 1 dose  
Suspension for injection in pre-filled syringe (0.5 ml) with needle - 1 dose  
Suspensión inyectable en jeringa precargada (0,5 ml) con aguja - 1 dosis

Excipients: 2-Phénoxylethanol, éthanol\*, formaldéhyde, milieu 199 Hanks sans rouge phénol (mélange complexe d'acides aminés (incluant la phénylalanine\*), de sels minéraux, de vitamines et d'autres composants, incluant le potassium) supplémenté avec du polysorbate 80, dilué dans de l'eau pour préparations injectables, avec un pH ajusté avec de l'acide chlorhydrique\* ou de l'hydroxyde de sodium\*.

\* Lire la notice pour plus d'informations.

Excipients: 2-Phenoxyethanol, ethanol\*, formaldehyde and Hanks Medium 199 without phenol red (a complex mixture of amino acids (including phenylalanine\*), mineral salts, vitamins and other components, including potassium) supplemented with polysorbate 80 and diluted in water for injections, with a pH adjusted with hydrochloric acid\* or sodium hydroxide\*.

\* Read the package leaflet for more information.

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Avaxim 80 Inj b/1 ser 0,5 ml  
PPV : 203,00 DH

6 118001 081356  
via intramuscular

SANOFI PASTEUR

Excipientes: 2-fenoxietanol, etanol\*, formaldehido, medio 199 Hanks sin rojo fenol (mezcla compleja de aminoácidos (que incluye la fenilalanina\*), de sales minerales, de vitaminas y de otros componentes incluido el potasio) suplementado con polisorbato 80 y diluido en agua para inyectables con un pH ajustado mediante ácido clorhídrico\* o hidróxido de sodio\*.

\* Leer el prospecto para más información.

PIGMENT:

03664798001412

EPV/AD:

SN 13603C7E68F6HP

MANUFACTURE:

11112020

LOT/LOTE:

U3P112V

10-2023



Virus de l'hépatite A, souches GBM\* (inactivé) \*\*  
80 unités ELISA\*\*\*

Pour une dose de 0,5 ml

\* Cultivée sur cellules diploïdes humaines MRC-5

\*\* Adsorbé sur hydroxyde d'aluminium, hydraté (0,15 milligrammes d'Al<sup>3+</sup>)

\*\*\* En l'absence de référence internationale standardisée le contenu antigénique est exprimé à l'aide d'une référence interne

Hepatitis A virus, GBM strain\* (inactivated) \*\*  
80 ELISA Units\*\*\*  
For one dose of 0.5 ml

\* Cultured on MRC-5 human diploid cells

\*\* Adsorbed on hydrated aluminium hydroxide (0.15 milligrams of Al<sup>3+</sup>)

\*\*\* In the absence of an international standardised reference, the antigen content is expressed using an in-house reference

Virus de la hepatitis A, cepa GBM\* (inactivado) \*\*  
80 unidades ELISA\*\*\*  
Para una dosis de 0,5 ml

\* Cultivada en células diploïdes humanas MRC-5

\*\* Adsorbido en hidróxido de aluminio hidratado (0,15 miligramos de Al<sup>3+</sup>)

\*\*\* A falta de una referencia internacional normalizada, el contenido antigenico se expresa con la ayuda de una referencia interna

195-769828

