

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

A74113  
Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7988

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

RAHALI

BRAHIM

Date de naissance :

14 05 66

Adresse :

APT 05 ZAOU 04 Résidence Al WIAM

Hay HASSANI 2220 Casab

Tél. : 0661217567 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/09/2023

Nom et prénom du malade :

Rahali chadine

Age: 71 mois

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie Pédiatrique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

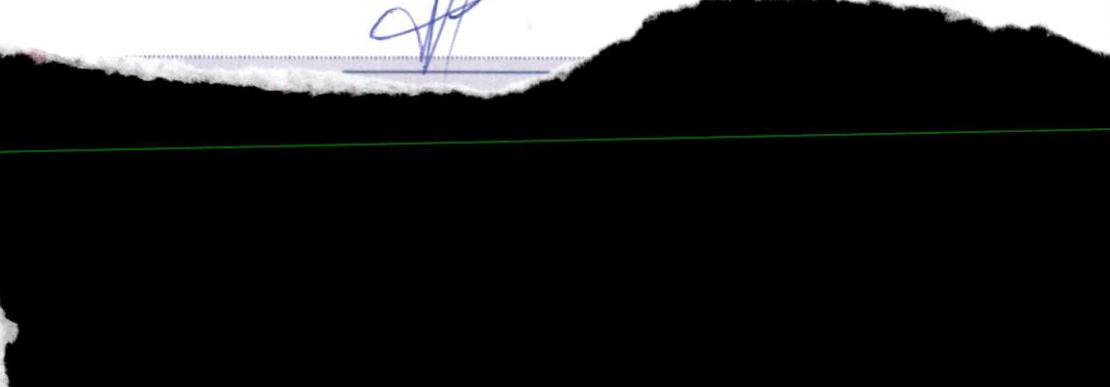
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 02/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
02/03/2013 hass	vis	ndem. nce	250,00 dt	DR AIT M'HAMED LAZ PEDIATRE sous maine Hay Hassani place Hassan II Hay Hassani sous maine Hay Hassani

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

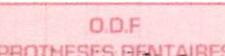
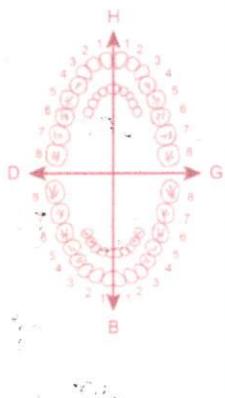
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHÉRENT

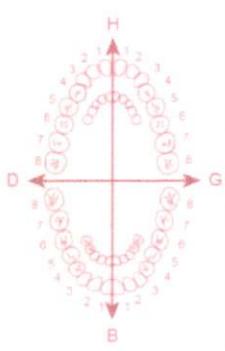
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H
25533412
00000000
00000000
00000000
35533411
11433553

#### [Création, remont, adjonction]



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## MONTANTS DES SOINS

#### DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

#### **Coefficient des travailx**

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

الدكتورة أيت محمد ليل  
اختصاصية في أمراض  
الطفل والرضيع

Dr Ait M'hamed Laila  
Pédiatre  
Maladies du nouveau-né,  
du nourrisson et de l'enfant



0210910028

Rahali chadine

Idane

~~PHARMAUTORITÉ I.L.  
Dr. Sonia Aboulnasrane  
yacoub mansour 2ème étage  
Haut Escalier - 0522 39 88 73~~

Vaccin

Tetraixim



1346

1346

Dr AIT M'HAMED Laila  
PEDIATRE  
249, Bd Yacoub Mansour, Résidence  
Mansour, 2<sup>e</sup> étage, N°3, Ray Hassani  
0522 39 39 04 / 06 66 11 79 79

249, Boulevard Yacoub El Mansour  
Résidence El Mansour. 2<sup>ème</sup> Etage. Apt3. Casablanca  
T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhamed@gmail.com

# TETRAXIM

suspension injectable en seringue préremplie

Vaccin diphtérique, tétanique,  
coquelucheux (acellulaire, multicomposé)  
et poliomyélitique (inactivé), adsorbé

Veuillez lire attentivement cette notice avant de faire vacciner  
votre enfant, car elle contient des informations importantes  
pour vous.

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant  
scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou  
par votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.  
• Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin de la relire.  
• Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou  
information.

- Si votre enfant ressent un quelconque effet indésirable, parlez  
en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.  
Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas  
mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

#### 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. Contenu de l'emballage et autres informations

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

TETRAXIM (DTaP-IPV) est un vaccin. Les vaccins sont utilisés pour protéger 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 tétonos, la coqueluche et la poliomyélite. TETRAXIM est indiqué chez les enfants à partir de l'âge de 2 mois.

#### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER TETRAXIM ?

Pour être sûr que ce vaccin convient à votre enfant, il est important de dire à votre médecin ou votre pharmacien si les points décrits ci-dessous s'appliquent à votre enfant :

parce que [ ]

[ ]

[ ]

# TETRAXIM

Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux (acellulaire, multicomposé) et poliomyélitique (inactivé), adsorbé (component) et poliomyélite (inactivé)

suspension injectable (0,5 mL en seringue préremplie) / suspension for injection (0,5 mL in prefilled syringe)

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

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



6 116001 080724

P-IPV  
sé) et  
ellular,

ulaire  
route

SANOFI PASTEUR

