

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0035830

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9043 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN BRAHIM HASSAN

Date de naissance : 17 / 02 / 1969

Adresse : BOURGOGNE

Tél. : 066 13 209 35 Total des frais engagés : 127.84 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/01/2023

Nom et prénom du malade : BEN BRAHIM LINA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Vaccin

Affection longue durée ou chronique :  ALD  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) :



## 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 Relaisement des Actes   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/08/2023      | gratuit           |                       |                                 | Dr. A. BOURY<br>Médecin Généraliste<br>Bd Bourgogne 1 <sup>er</sup> Etage<br>Résidence Al Machrik 1 - Casablanca<br>Tél : 0522 20 12 50 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur       | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>13 Rue Jules Ferry - Casablanca - TAD</i> | 25/08/2023 | 127.00 Dhs            |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

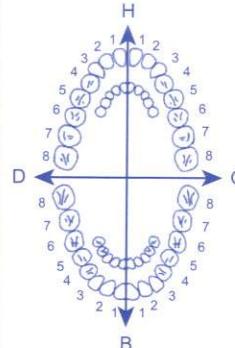
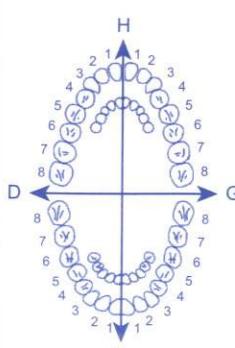
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées                            | Nature des Soins  | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|---|---|-------------|-------------------------|
|    |   |   |             |                         |
|   |   |   |             | Montants des Soins      |
|   |   |   |             | Début d'Execution       |
|   |   |   |             | Fin d'Execution         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |   |             | Coefficient des Travaux |
|  | H   | 25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000<br>35533411 11433553              | G           |                         |
|   | B   |   |             | Montants des Soins      |
|   |   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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 Khadija BENJELLOUN EL BOURY  
Médecine Générale  
Echographie

Boulevard Bourgogne - 1er étage n°2  
Résidence Al Machrik 1  
Casablanca - Tél: 05 22 26 12 50

الدكتورة خديجة بن جلون البويري  
الطب العام  
الفحص بالصدى

شارع بوربون - الطريق الأول الرقم 2  
إقامة المشرق 1 - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 26 12 50

## ORDONANNCE

Casablanca, le 25 / 8 / 2023.

D° BENBRAHIM LINA

DU CT A VAX



Adf. 020H



PHARMACIE EDEN  
Dr. Houda BENSAID  
Pharmacien  
13, Rue-Jasafaroun-Hub - Bourgogne  
Casablanca - Tel: 05 22 40 28 79

Dr. K. BENJELLOUN - EL BOURY  
Médecine Générale Echographie  
Bd Bourgogne, 1er étage - n°2  
Résidence Al Machrik 1, Casablanca  
Tél: 0522 26 12 50



087 966540

# DULTAVAX

Suspension injectable en seringue préremplie

## VACCIN DIPHTÉRIQUE, TÉTANIQUE ET POLIOMYÉLITIQUE (INACTIVÉ), (ADSORBÉ)

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Dultavax inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 127,00 DH

6 118001 080342

dose/dosis

notice avant d'utiliser ce  
ions importantes pour votre

avez un doute, demandez plus  
harmacien.

soin de la relire.

conseils, adressez-vous à votre

as est-il utilisé ?  
avant d'utiliser DULTAVAX ?

4. Quels sont les effets éventuels ?
5. Comment conserver DULTAVAX ?
6. Informations supplémentaires

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

Ce médicament est un VACCIN combiné, indiqué chez l'adulte en rappel d'une vaccination antérieure, pour la prévention conjointe de la diphtérie, du téton et de la poliomyélite. A titre exceptionnel, ce vaccin peut être administré en rappel d'une vaccination antérieure aux enfants à partir de l'âge de 6 ans.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT D'UTILISER DULTAVAX ?

**N'utilisez jamais DULTAVAX dans les cas suivants :**

- en cas de fièvre ou de maladie aiguë, il est préférable de différer la vaccination.
- en cas d'allergie connue à l'un des composants du vaccin, à la néomycine ou streptomycine ou polymyxine B (présents à l'état de traces).
- en cas de réactions allergiques sévères ou de troubles neurologiques survenus après une injection précédente d'un vaccin diphtérique, tétonique, poliomyélitique.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**Faites attention avec DULTAVAX :**

- en cas d'administration d'un vaccin diphtérique ou tétonique dans les 5 années précédentes,
- si vous suivez un traitement immunosupresseur ou si vous êtes immunodéprimé.
- si vous avez présenté un Syndrome de Guillain Barré (sensibilité anormale, paralysie) ou une neuropathie du plexus brachial (paralysie, douleur diffuse au niveau du bras et de l'épaule) après l'injection d'un vaccin contenant de l'anatoxine tétonique (vaccin contre le téton), la décision d'administrer de nouveau un vaccin contenant l'anatoxine tétonique, dans ce cas, sera réévaluée par votre médecin.
- si vous êtes sujets à une thrombocytopénie (diminution du taux des plaquettes) ou des troubles de la coagulation, en raison du risque de saignement qui peut survenir lors de l'administration intramusculaire.