

# 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.

## Diagnostique 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

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° M20- 0002471

ND: 53100

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **BENBATTI Tijan**

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : **0661316867** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : **Tijan**

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-02471

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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Alif Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alif Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-451056

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : **BEN BIHI Tjani**  
 Date de naissance : **13 03 1946**  
 Adresse : **BP 213 51 000 EL HAJEB**  
 Tél : **0661 3162 61** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur Talbi Ahmed** **الدكتور طالبي احمد**  
**MEDECIN GENERALISTE** **الطبيب العام**  
**36, Av. Hassan II - EL HAJEB**  
**05 36 54 30 33 : الهاتف**  
 Date de consultation : .....  
 Nom et prénom du malade : **BEN BIHI Tjani** Age : .....  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
 Dans le cas où la maladie avait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : **El Hajeb** Le : **15 / 11 / 2020**  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-451056

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 : .....

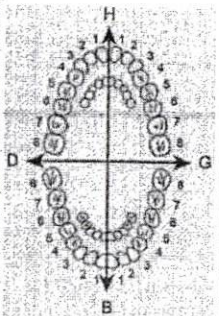
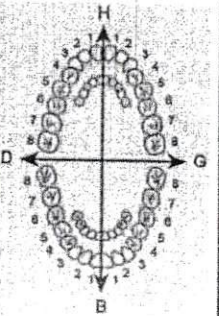


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'odont.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP: <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur TALBI Ahmed**

**Médecine Générale**  
DIPLOME DE LA FACULTE  
DE MEDECINE DE RABAT  
DIPLOME D'UNIVERSITE  
D'ASTHMOLOGIE

36, Av. Hassan II - EL-HAJEB

Tél. { C. 05.35.54.30.88  
D. 05.35.54.34.26

**الدكتور طالبي أحمد**

**الطب العام**

خريج كلية الطب بالرباط  
وبلوم جامعي في الربو

36، شارع الحسن الثاني - الحاجب

الهاتف { ع. 05.35.54.30.88  
م. 05.35.54.34.26

EL Hajeb, le 07 NOV. 2020 الحاجب في

M. BENBRI  
TIVANE

07.11.2020

118640



Pharmacie Nouvelle  
Mme DOUNYA MOHATTANE  
42, Avenue Hassan II  
El Hajeb  
Tél. : 05 35 54 30 38

الدكتور طالبي أحمد / Docteur Talbi Ahmed  
الطب العام / MEDECIN GENERALISTE  
36 شارع الحسن الثاني. الحاجب  
36, Av. Hassan II - EL HAJEB  
الهاتف : 05 35 54 30 88





## Vaccin grippal quadrivalent (inactivé, à virion fragmenté)

0/2021

P.F.V. 123,50 BNL



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.

errogez votre médecin, votre pharmacien ou

Illement prescrit, à vous ou à votre enfant. Ne

un quelconque effet indésirable, parlez-en à  
ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à  
as mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4

### Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que VaxigripTetra et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser VaxigripTetra ?
3. Comment utiliser VaxigripTetra ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VaxigripTetra ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. Qu'est-ce que VaxigripTetra et dans quels cas est-il utilisé ?

VaxigripTetra est un vaccin. Ce vaccin qui vous est administré ou administré à votre enfant à partir de l'âge de 6 mois, vous aide à vous protéger ou à protéger votre enfant de la grippe.

Lorsqu'une personne reçoit VaxigripTetra, le système immunitaire (le système de défense naturelle de l'organisme) développe sa propre protection (anticorps) contre la maladie. Lorsqu'il est administré au cours de la grossesse, le vaccin aide à protéger la femme enceinte mais aide aussi à protéger son (ses) enfant(s), à partir de la naissance jusqu'à près de 6 mois grâce à la transmission de la protection de la mère à l'enfant pendant la grossesse (voir également les rubriques 2 et 3).

Aucun des composants du vaccin ne peut causer la grippe.

VaxigripTetra doit être utilisé selon les recommandations officielles.

La grippe est une maladie qui peut se propager rapidement et qui est causée par différentes souches qui peuvent changer tous les ans. En raison du changement potentiel des souches circulant chaque année et de la durée de protection prévue du vaccin, il est recommandé de se faire vacciner tous les ans. Le plus grand risque de contracter la grippe se situe pendant les mois les plus froids, entre octobre et mars. Si vous ou votre enfant n'avez pas été vacciné durant l'automne, il est encore possible de l'être jusqu'au printemps car vous ou votre enfant courez le risque de contracter la grippe jusqu'à cette période. Votre médecin pourra vous recommander le meilleur moment pour vous faire vacciner.

VaxigripTetra est destiné à vous protéger, ou à protéger votre enfant, contre les quatre souches de virus contenues dans le vaccin, environ 2 à 3 semaines après l'injection. De plus, si vous ou votre enfant êtes exposé tout de suite avant ou après la vaccination, vous ou votre enfant pouvez encore déclarer la maladie, la période d'incubation de la grippe étant de quelques jours.

Le vaccin ne vous protégera pas, vous ou votre enfant, des rhumes, même si certains des symptômes ressemblent à ceux de la grippe.

2. Quelles sont les informations à conn

Pour être certain que VaxigripTetra vous est important d'indiquer à votre médecin dessous vous concerne ou concerne votre comprenez pas, demandez à votre médecin

**N'utilisez jamais VaxigripTetra**

- Si vous ou votre enfant êtes allergique :
  - aux substances actives, ou
  - à l'un des autres composants de ce vaccin, ou
  - à tout constituant pouvant être présent dans les œufs (ovalbumine, protéines de l'œuf, l'œctoxinol-9,
- Si vous ou votre enfant avez une maladie aiguë, la vaccination doit être reportée.

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin, votre pharmacien ou votre vétérinaire pour obtenir VaxigripTetra.

Avant la vaccination, vous devez dire à v

- souffrez d'une faible réponse immunitaire à des médicaments affectant le système immunitaire
  - souffrez de troubles de la coagulation
- Votre médecin décidera si vous ou votre enfant pouvez recevoir ce vaccin. Un évanouissement peut survenir (survenir) après une injection avec une aiguille. Aussi, si vous ou votre enfant vous êtes évanouis après une injection, dites-le à votre médecin. Comme pour tous les vaccins, VaxigripTe peut provoquer des effets secondaires chez les personnes vaccinées.

Les enfants âgés de moins de 6 mois  
grossesse peuvent ne pas être tous protégés.  
Si, pour quelque raison que ce soit, vous  
dans les quelques jours qui suivent la vaccination.  
En effet, des résultats de tests faussent  
patients qui avaient été récemment vaccinés.

### Enfants

L'utilisation de VaxigripTetra n'est pas recommandée chez les enfants de moins de 6 mois.

### Autres médicaments et VaxigripTetra

Informez votre médecin ou pharmacien si vous avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

- VaxigripTetra peut être administré en des membres différents.
- La réponse immunologique peut être diminuée chez les patients sous immunosuppresseurs tels que les corticostéroïdes ou la radiothérapie.

### Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, consultez votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser VaxigripTetra. VaxigripTetra peut être utilisé à tous les stades de la grossesse. VaxigripTetra peut être utilisé pendant l'allaitement. Votre médecin/pharmacien sera en mesure de vous conseiller. VaxigripTetra.

### Conduite de véhicules et utilisation d

VaxigripTetra n'a aucun effet ou un effet négligeable sur la conduite des véhicules et à utiliser des machines.

**VaxigripTetra contient du potassium**

Ce médicament contient moins de 1 mg de sodium (23 mg) par dose, c'est-à-dire et « sans sodium ».

Docteur **TALEB Ahmed**

Médecine Générale  
DIPLOME DE LA FACULTE  
DE MEDECINE DE RABAT  
DIPLOME D'UNIVERSITE  
D'ASTHMOLOGIE

36, Av. Hassan II - EL-HAJEB

Tél. { C. 05.35.54.30.88  
D. 05.35.54.34.26

الدكتور طالب أحمد

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط  
وبلوم جامعي في الربو

36، شارع الحسن الثاني - الحاجب

الهاتف { ع. 05.35.54.30.88  
م. 05.35.54.34.26

EL Hajeb, le 07 NOV 2020 الحاجب في

M. TALEB

11,30 Floximat

7 y 2



21,10

clofar supp 10

7 supp 2



80,80

85,50

Pharmacie Nouvelle  
Mme DOUNYA MOHATTANE  
42, Avenue Hassan II  
El Hajeb  
Tél. : 05 35 54 30 38

Docteur Talbi Ahmed  
MEDECIN GENERALISTE  
36, Av. Hassan II - EL-HAJEB  
05 35 54 30 38

PPV :

Lot N° :

Exp :

55,30

**Docteur TALBI Ahmed**

**Médecine Générale**  
DIPLOME DE LA FACULTE  
DE MEDECINE DE RABAT  
DIPLOME D'UNIVERSITE  
D'ASTHMOLOGIE

36, Av. Hassan II - EL-HAJEB

Tél. { C. 05.35.54.30.88  
D. 05.35.54.34.26

**الدكتور طالبي أحمد**  
الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط  
وبلوم جامعي في الربو

36، شارع الحسن الثاني - الحاجب

الهاتف { ع. 05.35.54.30.88  
م. 05.35.54.34.26 }

EL Hajeb, le ..... 07. NOV. 2020 ..... في الحاجب

M<sup>e</sup> BENBANI  
TAVANI

7 fois :

- glycémie jeûne
- cholestérol HDL
- triglycérides
- Acide urique
- Créatinine

مختبر التحليلات الطبية  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. NEJJAR Med Khalid  
6, Rue Pasteur Appt. 3 1er Etage  
(V.N) MEKNES  
Tél : 05 35 51 26 31 - Fax : 05 35 51 43 06

الدكتور طالبي أحمد  
الطب العام  
36 شارع الحسن الثاني - الحاجب  
36, Av. Hassan II - EL HAJEB  
الهاتف : 05 35 54 30 88



# LABORATOIRE NEJJAR D'ANALYSES MEDICALES

6, Rue Pasteur. Appt 3. 1er Etage (V.N). MEKNES

Tél: 05.35.51.25.31 - Fax: 05.35.51.43.06

R.C: 30996 -- CNSS: 2223262 -- PATENTE: 17109226 -- IF: 309591 -- ICE: 001648398000055

**FACTURE: 60011/2020**

MEKNES le

09/11/2020

Nom et prénom

MR BENBIHI TIJANI

Référence

12K412

Docteur TALBI AHMED

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
GLYCEMIE A JEUN	30
CHOLESTEROL TOTAL	30
CHOLESTEROL HDL	50
LDL, CHOLESTEROL LDL	50
TRIGLYCERIDES	50
ACIDE URIQUE SERIQUE (URICEMIE)	30
CREATININE SERIQUE	30
Total du (B)	B 280
Prélèvement	0,00 DH
Montant en DH	385,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS CENT QUATRE-VINGT CINQ DIRHAMS

مختبر التحاليل الطبية  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. NEJJAR Mohamed Khalid  
6, Rue Pasteur Appt. 3 1er Etage  
(V.N) MEKNES  
Tél: 05 35 51 25 31 - Fax: 05 35 51 43 06