

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.

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° P19- 047158

ND:29405

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12602 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Melaouene Abderrahmane

Date de naissance : 17-08-88

Adresse :

Tél. : 0667.14.41.81 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 :

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 N° P19-047158

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
- 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° P19- 0042551

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12602 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MELAOUENE ABDEERRAHMANE
Date de naissance : 17.08.88
Adresse : 2B5, Nasser Parc, Nasser
Tél. : 06 67 16 41 81 Total des frais engagés : 539,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 06/04/2020
Nom et prénom du malade : MELAOUENE GHITA Age : 31 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : vaccination
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 : DAROUA Le : 06 / 04 / 2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/04/2020 | | | | gratuit INPE: 061198792 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE HAYAL MANZAH Lot Al Manzah Imm 2 Mag Tél: 05 22 51 51 84 INPE: 061088778 | 06-04-2020 | 532 DH |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------|---------------------|-------------------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <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 |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FOUISSI MOUNIA

Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسسي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء

le : 06-04-2020

Nom :

Age :

Poids :

MELAOUENE Glita

299,00 DH

1- infanin Hib



233,00 DH

2. Rotabep



532,00 DH

PHARMACIE HAY AL MANZAH
SARL AL
Lot. Al Manzah Imm 2 Mag 1
Tél: 05 22 51 51 84
INPE: 062088778

Av. de la Résistance - El Wahda I, N° 98 Deroua
E-mail: mouniafouissi@gmail.com
Dr. FOUISSI MOUNIA
Pédiatre
Av. de la Résistance - El Wahda I, N° 98 Deroua
Tél: 05 22 51 51 84
INPE: 062088778

شارع المقاومة، الوحدة I الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)

Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

Chaque dose (2 ml) contient les types de Rotavirus*:

Una dosis (2 ml) contiene los tipos de rotavirus*:

Uma dose (2 ml) contém os tipos do rotavirus*:

| | |
|--------|--|
| G1 | $\geq 2,2 \times 10^6$ UI ¹ |
| G2 | $\geq 2,8 \times 10^6$ UI ¹ |
| G3 | $\geq 2,2 \times 10^6$ UI ¹ |
| G4 | $\geq 2,0 \times 10^6$ UI ¹ |
| P1A[8] | $\geq 2,3 \times 10^6$ UI ¹ |

* rotavirus réassortants humain-bovin (vivants), produits sur cellules Vero
* reassortants de rotavirus humano-bovino (virus vivos) producidos en células
* reassortants de rotavirus humano-bovino (vivo), produzidos em células Vero.
¹ Unités Infectieuses / Unidades Infecciosas
Saccharose / Sacarosa / Sacarose

RotaTeq®



2 ml de **solution buvable** en tube - Boîte de 1 tube
2 ml de **solución oral** en un tubo - Envase de 1 tubo
2 ml de **solução oral** em bisnaga - Embalagem com 1 bisnaga
POUR VOIE ORALE UNIQUEMENT / SÓLO POR VÍA ORAL / UTILIZAR APENAS POR VÍA ORAL

A conserver au réfrigérateur. Maintenir le tube unitdose dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière. Bien lire la notice pour la destruction des médicaments inutilisés. Lire la notice avant utilisation Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Conservar en nevera Conservar el tubo dosificador en el embalaje exterior para protegerlo de la luz. Leer el prospecto para deshacerse de los medicamentos que no necesita Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

Conservar no frigorífico. Manter a bisnaga doseadora dentro da embalagem exterior para proteger da luz. Por favor leia o folheto informativo para informações relativas à eliminação de medicamentos que deixaram de ser necessários. Consultar o folheto informativo antes de utilizar Manter fora da vista e do alcance das crianças.

7005881600

EU/1/06/348/001



MSD
MSD VACCINS
162 avenue Jean Jaurès
69007 Lyon
France/Francia/França

Combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis, inactivated polio and *Haemophilus influenzae* type b vaccine
 Vaccin combiné contre la diphtérie (D), le tétanos (T), la coqueluche (acellulaire) (Ca),
 le virus inactivé de la poliomyélite (VPI) et l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib)
 Vacuna combinada contra la difteria-tétanos-pertussis acelular, poliomielitis inactivada y
Haemophilus influenzae tipo b



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.
 Rue de l'Institut, 89
 B-1330 Rixensart, Belgium

©2012 GlaxoSmithKline group of companies
 Infanrix is a trademark of the
 GlaxoSmithKline group of companies

Infanrix™ IPV Hib

Keep out of reach of children/ Conserver hors de portée
 des enfants/ Manténgase fuera del alcance de los niños

Refer to leaflet before use/ Consulter la notice avant
 utilisation/ Antes de la utilización léase el instructivo anexo

Medicinal product subject to medical prescription/ Produit
 soumis à prescription médicale/ Producto medicinal
 sujeto a prescripción médica

Shake before use/ Agiter avant emploi
 Agitar antes de usar

Protect from light/ Protéger de la lumière
 Proteger de la luz

Do not freeze/ Ne pas congeler
 No congelar

Storage/Cons.: +2°C/ +8°C

For intramuscular injection/ Pour injection intramusculaire
 Para inyección intramuscular

1 reconstituted dose contains/ 1 dose reconstituée contient/ 1 dosis reconstituída contiene:

| | |
|---|-------------|
| Diphtheria toxoid..... | min 30 I.U. |
| Tetanus toxoid..... | min 40 I.U. |
| Pertussis toxoid (PT)..... | 25 µg |
| Filamentous Haemagglutinin (FHA)..... | 25 µg |
| Pertactin (69 kDa OMP)..... | 8 µg |
| Inactivated Polio Virus Type I..... | 40 DU |
| Inactivated Polio Virus Type II..... | 8 DU |
| Inactivated Polio Virus Type III..... | 32 DU |
| <i>Haemophilus influenzae</i> type b polysaccharide conjugated to tetanus toxoid..... | 10 µg |

The lyophilised powder
 (Hib) must be reconstituted
 with DTPa-IPV suspension

La poudre lyophilisée (Hib)
 doit être reconstituée avec
 la suspension de DTPa-IPV

El polvo liofilizado (Hib)
 debe ser reconstituido con
 la suspensión de DTPa-IPV

 1 dose/dosis (0.5 ml)



GlaxoSmithKline

DTPa-IPV in prefilled syringe + 2 needles
 + lyophilised Hib in vial

DTPa-IPV en seringue préréplie + 2 aiguilles
 + Hib lyophilisé en flacon

DTPa-IPV en jeringa precargada + 2 agujas
 + Hib liofilizada en vial

Combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis,
 inactivated polio and *Haemophilus influenzae*



Infanrix™

IPV Hib

Powder and suspension for suspension for injection
 Poudre et suspension pour suspension injectable

Polvo y suspensión para suspensión inyectable