

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12602 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Me la ouene Aberra hmane

Date de naissance : 17.08.88

Adresse :

Tél. : 0667141181 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12602

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : MELA QUE NE

Autre : ABDEERRAHMANE

Date de naissance : 17.08.88

Adresse : 2B5, Abencer Pac, Abacen

Tél. : 06.67.14.41.82 Total des frais engagés : 533,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/04/2020

Nom et prénom du malade : MELA QUE NE GHITA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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

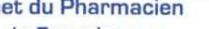
Le : 06 / 04 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/10/2020			gratuit	 Dr. FOUASSI NOUNI INPE : 0011501 Pédiatre AV de la Résistance, 14, Boudaud N° 9 Dernier Télé 0653 61 42 88 E-mail : mouni@orange.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HABIB AL MANZAH Lot. Al Manzah Imm 2 Mag 1 Tél: 05 22 51 51 84 INPE 06 088778	06-04-2020	532 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

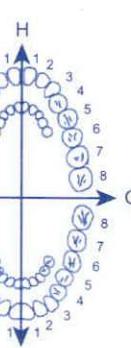
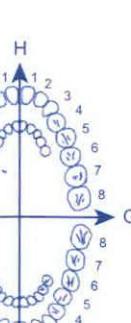
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

/euillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	(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. FOUSSI MOUNIA
Pédiatre

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



د. الفويسى مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

طبيبة مقيدة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال

خريجة كلية الطب

والصيدلة بالدار البيضاء

le : 06.04.2020

Nom :

Age :

Poids :

MELAOUENE Ghita

299,00DH

1- infanin Hib

(SV)

233,00DH

2. Refacebook

(SV)

532,00DH

PHARMACIE HAY AL MANZAH
SARL
Lol Al Manzah Imm. 2 Mag 1
Tél: 05.22.51.51.84
INPE: 062088778

Dr. Foussi Mounia
Pédiatre
El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
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

شارع المقاومة، الوحدة ١ الرقمن ٩٨ ، 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*:

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

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

- * rotavirus reasortantes humano-bovino (viviente), producidos sobre células vero
- * reasortantes de rotavirus humano-bovino (virus vivo) producidos en células vero.
- * reasortantes de rotavirus humano-bovino (vivo), produzidos em células vero.

Uma dose (2 ml) contém os tipos de rotavírus*:

¹ Unidades Infectuosas/¹Unidades Infecciosas

Saccharose / Sacarosa / Sacarose



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 VIA ORAL

A conserver au réfrigérateur. Maintenir le tube unidose 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.

Conserver 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.

Conserver 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



FRANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Medicament autorisé n°

34009 37622363

ROTATEQ® 3,01x10⁶ UI / dose
Vaccin, solution orale
Boîte de 1 tube unidose de 2 ml
P.P.V : 233,00 DH
AMM N°: 217/19DMP /21/NRQDNM
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160396



MSD VACCINS

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 tétonos (T), la coqueluche (acellulaire) (Ca),
le virus inactif de la poliomylérite (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, 85

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 leáse 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 reconstituida 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)

DTPa-IPV in prefilled syringe + 2 needles

+ lyophilised Hib in vial

DTPa-IPV en seringue préremplie + 2 aiguilles

+ Hib lyophilisé en flacon

DTPa-IPV en jeringa precargada + 2 agujas

+ Hib liofilizada en vial

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 299,00 DH

ID : 630147
Barcode: 6 118001 140701



GlaxoSmithKline

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

contre la diphtérie (D), le tétonos (T),
l'acellulaire) (Ca), le virus inactif de la
PI) et l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib)

contra la difteria-tétanos-pertussis acelular,
inactivada y *Haemophilus influenzae* tipo b

Infanrix™

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

IPV Hib

Polvo y suspensión para suspensión inyectable