

## 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.

**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° W19-589377

60616

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1043 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHOUI Mohammed

Date de naissance : 01/06/57

Adresse : Men 151 Haylam 1<sup>er</sup> Etage App N°3

Tel : 05398485

Total des frais engagés : 885,75

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZINE FILALI KAWTAR  
Médecin Spécialiste  
en Hématologie Clinique  
Hôpital Cheikh Zaid - RABAT  
INPE 101245587

Date de consultation : 13/11/2020

Nom et prénom du malade : LAHOUI Mohammed Age :

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

Nature de la maladie : LHC

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 : 20/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*



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	
30/11	C	C	C	<p>Dr. FAYE FILALI KAWTAR            Médecin Spécialiste            En Hématologie Clinique            Hôpital Cheikh Zaid - RABAT            INPE 10124558</p>	
2010					

[illegible]

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

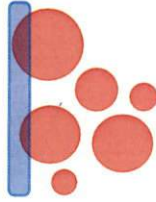
[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div>		<input type="text"/>	
		<div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> </div>		<input type="text"/>	
		<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</div> </div>		<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input type="text"/> </div>	
		<input type="text"/>		<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <input type="text"/> </div>	
		<input type="text"/>		<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input type="text"/> </div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Kawtar Zine Filali

Médecin Spécialiste  
en Hématologie Clinique



الدكتورة كوثر زين فيلالي

طبيبة متخصصة في  
أمراض الدم

Rabat, le 30/11/2020 الرباط في

M. Lahou Rahoum

760,75  
1)

Prevna

Prevenar13®  
Lot: DP1768  
EXP: 12/2022  
PAA127319

2) Act Hib

125,75  
3) Vaxigrip

885,75

صيدلية الإسماعيل  
PHARMACIE ELIXIR  
Im. J. N°121  
Av. Hssaine  
Sala al Jadida- Tel: 0537 53 13 04

Dr. ZINE FILALI KAWTAR  
Médecin Spécialiste  
En Hématologie Clinique  
21 Rue Ziyada, Aviation, Rabat  
INPE: 101245587

العنوان : 21 زنفة الزيادة ، حي الطيران ، الرباط ، المغرب  
الهاتف : 06 72 11 28 73 / 05 37 75 22 33 / المستعجلات :  
البريد الإلكتروني : kawtarzinefilali@gmail.com



16

Fabricant responsable de la libération des lots :  
Wyeth Pharmaceuticals  
New LaneHavant  
Hampshire, PO9 2NG  
Royaume-Uni

Pfizer Manufacturing Belgium N.V.  
Rijksweg 12  
B-2870 Puurs  
Belgique

PREVENAR 13 SUSP INJ  
P.P.V : 760DH00



Laboratoires  
Pfizer S.A.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Prevenar<sup>®</sup> 13

Laboratoires Pfizer S.A.  
km 0.500, Route de Oualidia  
BP 35  
24 000 El Jadida, Maroc



Lire la notice avant utilisation.

**A conserver au réfrigérateur.**

Ne pas congeler.

Prevenar 13 est stable à des températures jusqu'à 25°C pendant quatre jours.

A la fin de cette période Prevenar 13 doit être utilisé ou éliminé.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Prevenar<sup>®</sup> 13

suspension injectable

Vaccin pneumococcique polysaccharidique conjugué (13-valent, adsorbé)

Suspension injectable

1 seringue préremplie unidose (0,5 ml) avec aiguille séparée

Voie intramusculaire.

Bien agiter avant emploi.

1 dose (0,5 ml) contient 2,2 µg de polysaccharides des sérotypes 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F et 4,4 µg du sérotype 6B.

Chlorure de sodium, acide succinique, polysorbate 80 et eau pour préparations injectables





Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml  
sol inj b1  
P.P.V : 125,30 DH  
18001 082247

SN: 13602PHCC8AFC



MANUF: 24082020  
Lot: U3K371V  
EXP: 07-2021  
P/GTIN: 03664798003390

Virus de la grippe (inactivé, fragmenté) des souches suivantes\* :  
A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019 (H1N1)pdm09 - souche analogue  
A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2) - souche analogue  
B/Washington/02/2019 - souche analogue  
B/Phuket/3073/2013 - souche analogue  
15 microgrammes d'hémagglutinine par souche pour une dose de 0,5 mL  
\* cultivées sur œufs

Chlorure de sodium, phosphate disodique dihydraté, phosphate monopotassique, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

À conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Ne pas congeler.

Conserver la seringue dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.

Indiqué dans la prévention de la grippe.



**Suspension injectable en seringue préremplie**  
**Suspension for injection in pre-filled syringe**

**Vaccin grippal quadrivalent (inactivé, à virion fragmenté)**  
**Quadrivalent influenza vaccine (split virion, inactivated)**

1 seringue préremplie (0,5 mL) avec aiguille attachée

1 pre-filled syringe (0.5 mL) with attached needle

**Voie intramusculaire (IM) ou sous-cutanée (SC)**  
**Intramuscular (IM) or subcutaneous (SC) use**

Saison/Season  
2020/2021

4

SANOFI PASTEUR

Influenza virus (inactivated, split) of the following strains\*:  
A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019 (H1N1)pdm09 - like strain  
A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2) - like strain  
B/Washington/02/2019 - like strain  
B/Phuket/3073/2013 - like strain

15 microgram haemagglutinin per strain for one 0.5 mL dose

\* propagated in eggs

Sodium chloride, disodium phosphate dihydrate, potassium dihydrogen phosphate, potassium chloride, water for injections.

Read the package leaflet before use.

Keep out of the sight and reach of children.

Store in a refrigerator (2°C – 8°C). Do not freeze.

Keep the syringe in the outer carton in order to protect from light.

Indicated in the prevention of influenza.