

## 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

0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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

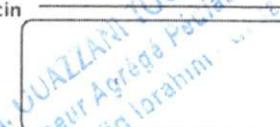


## Déclaration de Maladie

N° W19-433939

67972CA

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie              | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : <b>12569</b>                      | Société : <b>RAM</b>                  |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : <b>IFRI QUINÉ ISMAIL</b>       |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : <b>28/02/1987</b>         |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : <b>Route ABOU EL MAMASSINE n°17</b> |                                       |                                  |                                 |
| Racine Casablanca                             |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : <b>0661078501</b>                      | Total des frais engagés : ..... Dhs   |                                  |                                 |

|   |                                   |                                   |                                 |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :    |                                   |                                   |                                 |
| Date de consultation : ..... / ..... / .....  |                                   |                                   |                                 |
| Nom et prénom du malade : <b>IFRI QUINÉ ZAYNA</b> Age: ..... / ..... / .....  |                                   |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : <b>vee haly</b>  |                                   |                                   |                                 |
| 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 : **Conakry** Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

|   |               |
|---|---------------|
| VOLET ADHÉRENT  |               |
| Déclaration de maladie  | N° W19-433939 |
| 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).   |               |
| Matriele : ..... / ..... / .....  |               |
| Nom de l'adhérent(e) : ..... / ..... / .....  |               |
| Total des frais engagés : ..... / ..... / .....   |               |
| Date de dépôt : ..... / ..... / .....   |               |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date    | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
|  | 20/2/21 | 280,00                |

## ANALYSES - RADIOPHOTOS

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                      | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|--------------------------------------|---|------------------|-------------|---|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|----------|--|--|----------------------|
|                                      |   |                  |             | <input type="text"/>                                |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <input type="text"/>                                |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <input type="text"/>                                |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <input type="text"/>                                |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b> | <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             |   | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 11433553 | 35533411 |  |  | <input type="text"/> |
| H                                    | 25533412  | 21433552         |             |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
| D                                    | 00000000  | 00000000         |             |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
| B                                    | 00000000  | 11433553         |             |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
| 35533411                             |   |                  |             |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <input type="text"/>                                |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <input type="text"/>                                |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <input type="text"/>                                |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <input type="text"/>                                |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |
|                                      |   |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |   |          |          |   |          |          |   |          |          |          |  |  |                      |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Makine OUAZZANI Touhami

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Spécialiste des Maladies  
des Enfants et Nourrissons

21, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand)  
(Face Commissariat Central) - Casablanca

Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

Fax : 0522.29.89.49

E-mail.: makine\_ouazzani@hotmail.com

Sur Rendez-vous  
(Cabinet fermé Jeudi après midi)

الدكتور مكين الوزاني تهامي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع  
21، زنقة حافظ إبراهيم (شاططيريان سابقا)

كوتني - (مقابل مركز الشرطة الرئيسي)  
الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

الفاكس : 0522.29.89.49

makine\_ouazzani@hotmail.com البريد الإلكتروني:

بالسوء

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

Casablanca, le

20.02.2002

الدار البيضاء في

Pharmacie 50, Avenue Bla Bla

Al Attarine

Al Attarine - Casablanca - Téle

IFRI & AVNE 05 22 98 94 36

ZAYNA

VACCINS



INFANRIX 3PU + HIB

Dr. M. OUAZZANI TOUHAMI

Professeur Agrégé de Pédiatrie

21, Rue Hafid Ibrahim

0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

fax : 0522.29.89.49

makine\_ouazzani@hotmail.com

الدكتور مكين الوزاني تهامي

أستاذ مبرز

gsk

1 dose/ dosis (0.5 m

DTPa-IPV in prefilled syringe + 2 needles  
+ lyophilized Hib in vialDTCa-VPI en seringue pré-remplie + 2 aig  
+ Hib lyophilisé en flaconDTPa-IPV en jeringa precargada + 2 agujas  
+ Hib liofilizada en vial

ID: 645689

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 280,00 DH

diphtheria-tetanus-acellular pertussis,  
polio and *Haemophilus influenzae* type bcontre la diphtérie (D), le tétanos (T),  
(acellulaire) (Ca), le virus inactivé de la  
poliomiyélite (VPI) et l'*Haemophilus influenzae* de  
type b (Hib)Vacuna combinada contra la difteria-tétanus-pertussis  
acelular, poliomielitis inactivada y *Haemophilus*  
*influenzae* tipo b

# Infanrix™

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

Keep out of the sight and reach of children

Read the package leaflet before use

Medicinal product subject to medical prescription

Conserver hors de la vue et de la portée des enfants

Consulter la notice avant utilisation

Produit médicamenteux soumis à prescription médicale

# IPV Hib

Polvo y suspensión para suspensión inyectable

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños

Antes de usar leer el instructivo anexo

Producto medicinal sujeto a prescripción médica

gskInfanrix™ IPV Hib

5