

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 - Avenue Hassan II - Casablanca - BP 1750 - Maroc - Tél : +212 22 28 45 45 - 06 78 00 00 00 - Fax : 02 28 35 26 00 - www.mupras.ma



# Déclaration de Maladie

N° W19-450608

70946

En attente  
de batch

CS

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12837

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DGHAY Kechan

Date de naissance :

10/02/1987

Adresse :

Dyar Essakine, résidence Dair, im 36, n°12  
Ain Sebaa

Tél. :

0666 815849 Total des frais engagés : 318,70 DHS

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 : Casablanca le 28/02/2021 Le :

Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-450608

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 : 12837  
Nom de l'adhérent(e) : DGHAY  
Total des frais engagés : 318,70 DHS  
Date de dépôt : 12/05/2021

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
22.09.2021.	can	200.00		INP : 09MTT121 DR. MATEI PETRU PSC 2021-09-22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Cif	27/02/2021	118,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. J. P. LEBRUN			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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"/>									
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>20000000</td> <td>30000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	20000000	30000000	B	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552											
D	20000000	30000000											
B	35533411	11433553											
	<p>(Création, remont, adjonction) fonctionnel thérapeutique nécessaire à la prothèse</p>			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													



- Assistance à l'accouchement
- Spécialiste des maladies des enfants, des nourrissons et des nouveau-nés
- Echographie Pédiatrique
- Diplôme universitaire en Pneumo-allergologie et asthme de l'enfant
- Diplôme universitaire en HOMÉOPATHIE
- Diplôme universitaire en Psychologie et Psychopathologie du bébé

- مرافقة المولود عند الولادة
- إختصاصية في أمراض الأطفال والرضع وحديثي الولادة
- الفحص بالصدى للأطفال
- دبلوم جامعي في أمراض الحساسية والربو (الضيق)
- دبلوم جامعي في الطب المثلثي
- دبلوم جامعي في علم النفس وعلم النفس
- المرضي للطفل

Casa, le : ..... 22.02.2021

دعاية ملوك

118,700H

→ DULGANA ←

دعاية ملوك



دعاية ملوك  
DULGANA  
Boulevard Robert B.  
Hamid Bnou Badiss  
Casablanca  
Tél : 0522 341 130

Dr. MALTOF ASMAA  
Pédiatre  
Chercheuse en Pédiatrie et Allergologie Pédiatrique  
Institut Robroek, Angle Bd. Chefchaouni et Rue Hamid Bnou Badiss 2<sup>ème</sup> étage Bureau 10  
Ain Sébaâ - Casablanca  
Tel : 0522 341 130

97453 | 087

# DULTAVAX

Suspension injectable en seringue  
préremplie

## VACCIN DIPHTÉRIQUE, TÉTANIQUE ET POLIOMYÉLITIQUE (INACTIVÉ), ADSORBÉ, À TENEUR RÉDUITE EN ANTIGÈNES

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser  
informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
  - Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, vot
  - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le d
  - Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à l'infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable
- Voir rubrique 4.

### Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que DULTAVAX et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DULTAVAX ?
3. Comment utiliser DULTAVAX ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DULTAVAX ?
6. Informations supplémentaires

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

Ce médicament est un VACCIN combiné, indiqué chez l'adulte, en rappel d'une vaccination antérieure, pour la prévention conjointe de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite.

A titre exceptionnel, pour les rappels de l'enfant et de l'adolescent à l'âge de 6 ans et de 11-13 ans, ce vaccin peut être utilisé en cas de contre-indication à la vaccination coquelucheuse.

### 2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DULTAVAX ?

#### N'utilisez jamais DULTAVAX :

- si vous avez une maladie aiguë avec ou sans fièvre, dans ce cas, il est préférable de différer la vaccination.
- si vous êtes allergique (hypersensible) à l'un des composants du vaccin (dont la liste figure en rubrique 6. Ce qui contient DULTAVAX), à la néomycine, streptomycine ou polymyxine B (présents à l'état de traces).
- en cas de réactions allergiques sévères ou de désordres neurologiques survenus après une injection précédente d'un vaccin diphtérique, tétanique, poliomyélitique.

#### Mises en garde et précautions d'emploi :

- si vous avez reçu un vaccin diphtérique ou tétanique dans les 5 années précédentes,
- si vous avez un système immunitaire affaibli, ou si vous suivez un traitement avec des corticoïdes, des médicaments cytotoxiques, de la radiothérapie ou d'autres traitements susceptibles d'affaiblir votre système immunitaire. Votre médecin attendra peut-être la fin du traitement,
- si vous avez présenté un Syndrome de Guillain Barré (sensibilité anormale, paralysie) ou une neuropathie du plexus brachial (paralysie, douleur diffuse au niveau du bras et de l'épaule) après l'injection d'un vaccin contenant de l'anatoxine tétanique (vaccin contre le tétanos), la décision d'administrer de nouveau un vaccin contenant l'anatoxine tétanique, dans ce cas, sera réévaluée par votre médecin,
- si vous présentez des troubles sanguins tels qu'une diminution du nombre des plaquettes (thrombocytopénie) ou des troubles de la coagulation, en raison du risque de saignement qui peut survenir lors de l'administration intramusculaire.

#### Autres médicaments et DULTAVAX

Ce vaccin peut être administré avec d'autres vaccins en deux sites d'injection séparés, c'est-à-dire une autre partie du corps comme un autre bras ou une autre jambe.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Dulfavax inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 118,70 DH



6 118001 080342