

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° W21-632046

par
couleur
3MAI

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9244 Société : RAY 25-939			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AHMAIDI NACREDINE			
Date de naissance : 20-11-1961			
Adresse : HAFIZUELLE			
Tél. : 06 22 22 99 91	Total des frais engagés : 134,60 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Docteur Hassan AFILAL Pédiatre - Réanimateur Résid. du Minaret, Rue d'Alman Rabat - Tel. : 05 37 20 21 00			
Cachet du médecin :	Date de consultation :	Age:	
	07/05/2021		
AHMAIDI Selma			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : JACCEN			
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 : RABAT Le 07/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-632046
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).	
Matricole : 9244	
Nom de l'adhérent(e) : AHMAIDI	
Total des frais engagés : 134,60	
Date de dépôt :	

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
07/07/2011	Cs		3000DH	DOCTEUR Hassan KARIM INSTITUT DE SOINS - KARIM RES. DU MARABOUT KOUATI - TUNISIE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/05/2021	134,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INP 162			

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
26533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Hassan AFILAL

Pédiatre

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Assistant au CHU de Cochin (Paris)
Réanimation Néonatale et Pédiatrique

الدكتور حسن أفيلال
اختصاصي في طب الأطفال
خريج كلية الطب بباريس

RABAT, le 07.05.2021

Enfant AHMAIDI Selma

Age : 5 ans 3 mois

Poids : 22,00 Kg

134,60

1 TETRAXIM

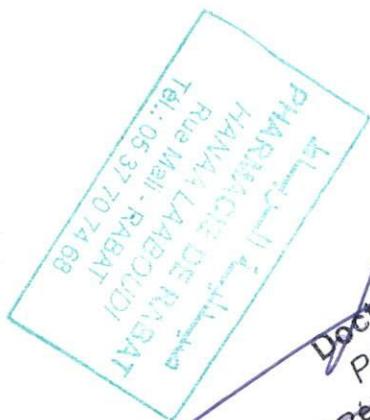
12.80

2 DOLIPRANE 300 mg pdre p sol buv : 12Sach

1 boite

Prendre 1 sachet toutes les 8 heures. si température supérieure ou égale à 38,5°

Dr Hassan AFILAL



Docteur Hassan AFILAL
Pédiatre - Réanimateur
Résid. du Minaret Rue d'Amman
Rabat - Tél.: 037 20 21 00



One dose (0.5 ml) contains:

Diphtheria toxoid⁽¹⁾

Tetanus toxoid⁽¹⁾

Bordetella pertussis antigens.

Pertussis toxoid⁽¹⁾

Filamentous haemagglutinin⁽¹⁾

Poliomyelitis virus (inactivated)

- type 1 (Mahoney strain)

- type 2 (MEF-1 strain)

- type 3 (Saukett strain)

⁽¹⁾ adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated 0.3 mg Al³⁺

⁽¹⁾ DU : D antigen unit.

⁽¹⁾ or equivalent antigenic quantity determined by a suitable immunochromatographic method.

⁽¹⁾ produced on VERO cells.

TETRAXIM may contain traces of glutaraldehyde, neomycin, streptomycin and polymyxin B.

List of excipients: Hanks medium without phenol red (complex mixture of amino acids including phenylalanine, mineral salts, vitamins and other components such as glucose), acetic acid and/or sodium hydroxide for pH adjustment, formaldehyde, phenoxyethanol, ethanol and 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.

Instructions on use: joint prevention against diphtheria, tetanus, pertussis and poliomyelitis



SANOFI



MANUF.

08082019

LOT:

U3A722V

EXP.

07-2022

SN:

136R2V9GWOFCAG



PC/GTIN 03664790022643

SANOFI PASTEUR

14 Espace Henry Wallée
69607 Lyon
France

hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH), formaldéhyde, phénoxéthanol, éthanol et eau pour préparations injectables.

Lire la notice avant utilisation.

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

A conserver au réfrigérateur (entre +2°C et +8°C).

Ne pas congeler.

Indications d'utilisation: prévention conjointe de la diphtérie, du tétonus, de la coqueluche et de la poliomélytis.

64

Une dose (0.5 ml) contient:

Anatoxine diphtérique⁽¹⁾

230 UI

Anatoxine tétonique⁽¹⁾

240 UI

Antigénies de *Bordetella pertussis*

25 microgrammes

Anatoxine pertussique⁽¹⁾

25 microgrammes

Hémagglutinine filamenteuse⁽¹⁾

25 microgrammes

Virus poliomélytique (inactivé)

40 UD⁽²⁾

- type 1 (souche Mahoney)

8 UD⁽²⁾

- type 2 (souche MEF-1)

32 UD⁽²⁾

- type 3 (souche Saukett)

⁽¹⁾ adsorbée sur hydroxyde d'aluminium, hydraté 0.3 mg Al³⁺

⁽²⁾ UD : unité d'antigène D

⁽¹⁾ ou quantité d'antigène équivalente déterminée selon une méthode immunochromatographique appropriée.

⁽¹⁾ produits sur cellules VERO.

TETRAXIM peut contenir des traces de glutaraldehyde, néomycine, streptomycine et polymyxine B.

Liste des excipients: Milieu de Hanks sans rouge de phénol (mélange complexe d'acides aminés incluant la phénylalanine, de sels minéraux, de vitamines et autres composants comme le glucose), acide acétique et/ou

TETRAXIM

Vaccin diphtérique, tétonique, coqueluche, poliomélytique (inactivé), adsorbé / diphtérique component) and poliomélytis (inactivated)

Suspension injectable (0.5 ml en seringue préremplie) -

Suspension for injection (0.5 ml in prefilled syringe) - b-

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Aïn sebaâ Casablanca

Tetraxim inj b1 ser 1 dose

P.F.V : 134,60 DH



0 18001 000724

SANOFI PASTEUR



TETRAXIM