

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-414390

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 10.9.26 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : AOUANI ADIL | | | |
| Date de naissance : 10/11/12/1973 | | | |
| Adresse : Cotonou (Bénin) | | | |
| Tél. : 00229 95 97 27 30 | Total des frais engagés : 344,00 Dhs | | |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| <i>27/08/19 Dr. DOUERRACHAD chafik, Spécialiste en Pédiatrie</i> | |
| Date de consultation : 27/08/19 | |
| Nom et prénom du malade : AOUANI ADIL | |
| Age : 7 ans | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Copain |
| 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 : **07/09/2019**

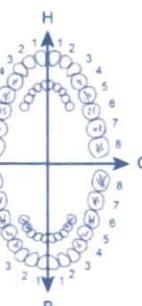
Signature de l'adhérent(e) : 



| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 2018 | ca | | 20000 | INP : L Dr. DOUERRAC A Spécialiste en Pédiatrie Bd. Mohamed V - El Jadida 05 23 35 24 10 |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES  | | Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches) | Nature des Soins (Nature of treatments: Prosthetic, Therapeutic, Functional, etc.) | Coefficient (Coefficient table: 10 rows for 10 different treatments) | | | | | | | | |
| | | | | 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 PROTHÉSES DENTAIRES  | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | G | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | B | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 |
| H | G | | | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | |
| D | B | | | | | | | | | | | |
| 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | 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 | | | | | | | | | | | | |

El Jadida, le

271872019

ADUANI
Santé

144.00

1/Tetraoxum



144,00

Dr. DOUET ALIAD Chain
Spécialiste en Pédiatrie
60 Bd. Mohamed V - El Jadida
Tél: 05 23 35 24 10

PHARMACIE HEFTI
Pharmacie HEFTI Nazha
et Pharmacie
HEFTI Nazha

60. شارع محمد الخامس - الطابق الأول - الجديدة - الهاتف العيادة : 010 24 35 35 23 05
60, Boulevard Mohamed V - 1^{er} Etage - El Jadida - Tél. : Cabinet : 05 23 35 24 10
(في حالة الإستعجال) المتنقل : 06 66 02 25 67 (en cas d'urgence)

TETRAXIM

VACCIN DIPHTÉRIQUE, TÉTANIQUE, COQUELUCHEUX (ACELLULAIRE, MULTICOMPOSÉ) ET POLIOMYÉLIQUE (INACTIVÉ), ADSORBÉ / DIPHTHERIA, TETANUS, PERTUSSIS (ACELLULAR, COMPONENT) AND POLIOMYELITIS (INACTIVATED) VACCINE (ADSORBED) / VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, EL TÉTANOS, LA TOS FERINA (ACELULAR, MULTICOMPUESTA) Y LA POLIOMIELITIS (INACTIVADA),ADSORBIDA

Suspension injectable (0,5 ml en seringue préremplie) - boîte de 1

Suspension for injection (0,5 ml in prefilled syringe) - box of 1

Suspension injectable (0,5 ml en jeringa precargada) - caja de 1

One dose (0,5 ml) contains:

Diphtheria toxoid⁽¹⁾

Tetanus toxoid⁽¹⁾ ≥ 30 IU

Bordetella pertussis antigen:

Pertussis toxoid⁽¹⁾ ≥ 40 IU

Filamentous haemagglutinin⁽¹⁾ 25 micrograms

Poliomylitis virus (inactivated)

- type 1 (Mahoney strain) 40 DU (avice)

- type 2 (MEF-1 strain) 8 DU (avice)

- type 3 (Saukett strain) 32 DU (avice)

(1) adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated 0,3 mg Al³⁺

in DU, D antigen unit, or equivalent antigenic quantity determined by a suitable immunochemical method.

produced on VERO cells.

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

List of ingredients: Hank's 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

Viale intramusculaire
Intramuscular route
Via intramuscular

SANOFI PASTEUR

2

adjustment, formaldehyde, phenoxethanol, 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.

TETRAXIM

1 jeringa - 0,5 ml - 1 dosis

094 970177

TETRAXIM puede contener restos de glutaraldehído, neomicina, estreptomicina y polymixina B.

Lista de excipientes: Medio de Hank's sin rojo de fenol (mezcla compleja de aminoácidos que incluye la filanilamina, sales minerales, vitaminas y otros componentes como la glucosa), ácido acético y/o hidróxido de sodio (para ajuste del pH), formaldehído, fenoxetanol, etanol y agua inyectables.

Leer el prospecto antes de utilizar.

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

Consejer en el refrigerador (entre 2°C y 8°C).

No congelar.

Instrucciones de uso: prevención conjunta de la difteria, del tétanos, de la tos ferina y de la poliomielitis.

hidroxido de sodio (para ajustamiento del pH), formaldehído, phenoxethanol, etanol y agua para preparaciones inyectables.

Lire la notice avant utilisation.

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

Ne pas congeler.

Indications d'utilisation : prévention conjointe de la diphtérie, du tétanos, de la coqueluche et de la poliomélyrite.

Una dosis (0,5 ml) contiene:

Toxido difterico⁽¹⁾ ≥ 30 UI

Toxido de *Bordetella pertussis*:

Toxido pertusico⁽¹⁾ ≥ 40 UI

Hemaglutinina filamentosa⁽¹⁾ 25 microgramos

Poliomavirus (inactivado)

- tipo 1 (cpa Mahoney) 40 UD (avice)

- tipo 2 (cpa MEF-1) 8 UD (avice)

- tipo 3 (cpa Saukett) 32 UD (avice)

(i) adsorbido en hidróxido de aluminio, hidratado

0,3 mg Al³⁺

(ii) unidad de antígeno D

(iii) cantidad equivalente de antígeno, determinada según un método inmunoenzimático apropiado

(iv) producido a partir de células VERO.

1

Adsorbido sobre hidróxido d'aluminio, hydrate 0,3 mg Al³⁺

(i) Una unidad de antígeno D

(ii) o la cantidad de antígeno equivalente determinada según una

método inmunoenzimático apropiado.

(iv) producido sur cellules VERO.

TETRAXIM peut contenir des traces de glutaraldehyde, néomycine,

streptomycine et polymyxine B.

Lista de excipientes: Mele de Hank's sans rouge de phénol (mélange complexe d'acide amides incluant la phénylalanine, de sels minéraux, de vitamines et autres composants comme la glucosa), ácido acético et/o

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca

TetraXim inj b1 ser 1 dose
P.P.V. 144,00 DH

1118001 080724

1 seringue/syringe - 0,5 ml - 1 dose

TETRAXIM

2

23