

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-414390

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10226 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AOUANI ADIL  
 Date de naissance : 10/12/1973  
 Adresse : Cotonou (Benin)  
 Tél. : 00229 95 97 27 30 Total des frais engagés : 344,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/08/19  
 Nom et prénom du malade : ADIL AOUANI Age : 7 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ 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 : Cotonou, Bénin Le 27/08/19  
 Signature de l'adhérent(e) :

DR. DOUERRACHAD Chafik  
 Spécialiste en Pédiatrie  
 50 Bd. Mohamed V - El Jadida  
 05 23 35 24 10  
 DR. DOUERRACHAD Chafik  
 Spécialiste en Pédiatrie  
 50 Bd. Mohamed V - El Jadida  
 05 23 35 24 10

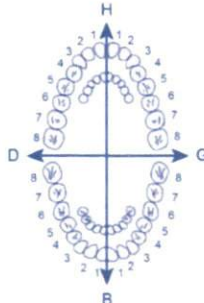
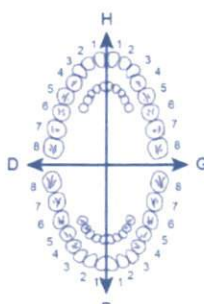


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/08/19			20281	INP : Dr. DOUERRACHA Spécialiste en Pédiatrie 80 Bd. Mohamed V - El Jadida Tél : 05 23 35 24 10

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme L. EFTI Docteur en Pharmacie 80 Bd. Mohamed V El Jadida Tél : 35 28 28	23/08/19	144100

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Docteur DOUERRACHAD Chafik

Spécialiste en Pédiatrie

الدكتور د. الرشاد شفيق

اختصاصي في أمراض الرضيع والطفل

El Jadida, le : 27/08/19

ADUARI

Salah

144100

1/Tetoxum



144100

Dr. DOUERRACHAD Chafik  
Spécialiste en Pédiatrie  
60 Bd. Mohamed V - El Jadida  
Tél.: 05 23 35 24 10

PHARMACIE HEFTI  
صيدلية هفتي  
Min. HEFTI Nazha  
Pharmacie  
14 El Jadida

60. شارع محمد الخامس - الطابق الأول - الجديدة - الهاتف العيادة : 05 23 35 24 10

60, Boulevard Mohamed V - 1<sup>er</sup> 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 POLIOMYÉLITIQUE (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  
Suspensión inyectable (0.5 ml en jeringa precargada) - caja de 1

One dose (0.5 ml) contains:

Diphtheria toxin <sup>(1)</sup>	≥ 30 IU
Tetanus toxin <sup>(1)</sup>	≥ 40 IU
Bordetella pertussis antigens:	
Pertussis toxin <sup>(2)</sup>	25 micrograms
Filamentous haemagglutinin <sup>(3)</sup>	25 micrograms
Poliovirus vaccine (inactivated):	
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU <sup>(4)(5)(6)</sup>
- type 2 (MEF-1 strain)	8 DU <sup>(4)(5)(6)</sup>
- type 3 (Saukett strain)	32 DU <sup>(4)(5)(6)</sup>

Voie intramusculaire  
Intramuscular route  
Via intramuscular

adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated	0.3 mg Al <sup>3+</sup>
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 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	

SANOFI PASTEUR

seringue/syringe - 0.5 ml - 1 dose

TETRAXIM

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Tetrasil inj b1 ser 1 dose  
P.P.V. : 144,00 DH



MANUF:  
LOT:  
EXP:

Une dose (0.5 ml) contient :

Anatoxine diphtérique <sup>(1)</sup>	≥ 30 IU
Anatoxine tétanique <sup>(1)</sup>	≥ 40 IU
Antigènes de Bordetella pertussis :	
Anatoxine pertussique <sup>(2)</sup>	25 microgrammes
Hémagglutinine filamenteuse <sup>(3)</sup>	25 microgrammes
Virus poliomélique (inactivé) :	
- type 1 (souche Mahoney)	40 UD <sup>(4)(5)(6)</sup>
- type 2 (souche MEF-1)	8 UD <sup>(4)(5)(6)</sup>
- type 3 (souche Saukett)	32 UD <sup>(4)(5)(6)</sup>

Una dosis (0.5 ml) contiene:

Toxide difterico <sup>(1)</sup>	≥ 30 UI
Toxide tetánico <sup>(1)</sup>	≥ 40 UI
Antígenos de Bordetella pertussis:	
Toxide pertussico <sup>(2)</sup>	25 microgramos
Hemaglutina filamentosa <sup>(3)</sup>	25 microgramos
Poliovirus (inactivado):	
- tipo 1 (cepa Mahoney)	40 UD <sup>(4)(5)(6)</sup>
- tipo 2 (cepa MEF-1)	8 UD <sup>(4)(5)(6)</sup>
- tipo 3 (cepa Saukett)	32 UD <sup>(4)(5)(6)</sup>
<sup>(1)</sup> adsorbido en hidróxido de aluminio, hidratado	0.3 mg Al <sup>3+</sup>
<sup>(2)</sup> UD: unidad de antígeno D	
<sup>(3)</sup> cantidad equivalente de antígeno, determinada según un método inmunológico apropiado	
<sup>(4)</sup> producidos a partir de células VERO	

adsorbée sur hydroxide d'aluminium, hydraté

UD: unité d'antigène D	
ou quantité d'antigène équivalente déterminée selon une méthode immunochimique appropriée	
produits sur cellules VERO	
TETRAXIM peut contenir des traces de glutaraldéhyde, 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

1 jeringa - 0,5 ml - 1 dosis

TETRAXIM puede contener restos de glutaraldehído, neomicina, estreptomina y polimixina B.  
List of excipients: Medio de Hanks sin rojo de fenol (mezcla compleja de aminoácidos que incluye la fenilalanina, sales minerales, vitaminas y otros componentes como la glucosa), ácido acético y/o hidróxido de sodio (para ajuste del pH), formaldehído, fenoxietanol, etanol y agua para inyectables.  
Leer el prospecto antes de utilizar.  
Mantener fuera de la vista y al alcance de los niños.  
Conservar 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 poliomiéltis.

hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH), formaldéhyde, phénoxyéthanol, 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 tétanos, de la coqueluche et de la poliomyélite.