

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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° W19-414400

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10926 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AOUANI ADIL  
 Date de naissance : 10/12/1973  
 Adresse : Cotonou (Benin)  
 Tél. : 0022995972730 Total des frais engagés : 435,00 Dhs

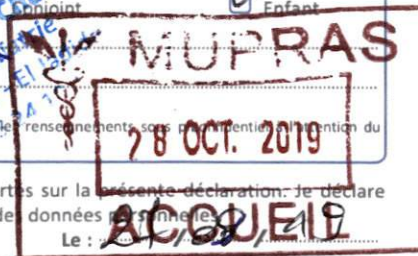
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 27/08/19  
 Nom et prénom du malade : Aouani Adil Age : 5 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, Benin Le : 27/08/2019  
 Signature de l'adhérent(e) : Aouani Adil



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
27/08/19	G		2000	INP : <input type="text"/>

Dr. BOUERRACHID CHEFIK  
Spécialiste en Pédiatrie  
Bd. Mohammed V - El Jadida  
Tél : 05 23 35 24 10

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BELLEVUE Mme NEFTI Nazha Docteur en Pharmacie Bd. Mohammed V El Jadida Tél : 35 28 26	27/08/19	23500

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'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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			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"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
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 :

27/8/2019

Aouf

Duis

235,00

17 Max



235,00

PHARMACIE HERFI  
ميدان 11  
Mme Nazha  
Docteur en Pharmacie  
40, Bd Mohammed V El Jadida  
Tél : 35 28 26

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

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



A conserver au réfrigérateur.

Conserver la seringue dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière. Ne pas congeler.

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

Agiter avant injection.

Lire la notice avant utilisation.

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation en vigueur.



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance LISTE I

Médicament autorisé n°

34009 3567724 2

Lot

P3N581V

EXP

11-2020

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Avaxim 80 inj b1 ser 0,5 ml

PPV : 235,00 DH



Sanofi Pasteur Europe

14 Espace Henry Vallée

69007 Lyon - FRANCE

Pour une dose de 0,5 ml : Virus de l'hépatite A, souche GBM\* (inactivé)\*\*

\* Cultivée sur cellules diploïdes humaines MRC-5

\*\* Adsorbé sur hydroxyde d'aluminium, hydraté (0,15 milligrammes d'Al)

\*\*\* En l'absence de référence internationale standardisée le contenu antigénique est exprimé à l'aide d'une référence interne.

**Excipients :** 2-Phénoxyéthanol, Formaldéhyde, Milieu 199 Hanks sans rouge phénol (mélange complexe d'acides aminés (incluant la phénylalanine), de sels minéraux, de vitamines et d'autres composants) supplémenté avec du polysorbate 80, dilué dans de l'eau pour préparations injectables, avec un pH ajusté avec de l'acide chlorhydrique ou de l'hydroxyde de sodium.

80 U \*\*\*

7

## AVAXIM® 80 U PEDIATRIQUE

**Vaccin de l'hépatite A (inactivé, adsorbé)**

Suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml) avec une aiguille attachée

Boîte de 1.

Voie intramusculaire



AVAXIM® 80 U  
PEDIATRIQUE

AVAXIM® 80 U  
PEDIATRIQUE

195 695517