

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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-470740

144391

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8908 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MESSEUDI ADIL

Date de naissance : 11/05/69

Adresse :

Tél : 0661443357 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MESSEUDI MEHDI

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Vaccin

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 : Le : 22/10/12

Signature de l'adhérent(e) :

VOIET ADHÉRENT

| 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 |
| 22/10/22 | S | | 300,00 | INP : 081813825 |

Dr. Houssein Benhabib
 Pédiatre
 05 59 56 56 12
 06 63 56 56 12
 09 102 33 74

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 22/10/2022 | 332.00 |

| 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 |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | |
| | D | G | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) | | | | | | | | | | | |
| Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik

pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet •



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بلييج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 22.10.2022

Enfant MESSEOUDI Mehdi

Age : 10 ans 10 mois

Poids : 37,30 Kg

332.00

ADACEL POLIO VACCIN



Dr Hanane BENKHADRA

PHARMACIE JAWHARA
S. BELHABIB
Dr. en Pharmacie
22, Rue Lamenais France - Ville II
Tél et Fax : 022 96 00 34 - CASABLANCA

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
Pédiatre Spécialiste
416, Anoual Capital Center Bd. Abdelmoumen
Angle Bd. Anoual Entrée A, Bureau N° 9 1^{er} Etage
Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet : 06 59 93 11 11
Fax : 05 22 86 15 32 / Urgence : 06 63 05 28 42
ICE : 00206304100000 - NPE : 091023574

Casablanca, le -----

416, أنوال كابيتال سنتر شارع عبد المومن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - بالموعد.

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadrahaman@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 : المستعجلات — Sur rendez-vous —

Chaque dose de 0,5 mL contient:

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| Anatoxine tétanique | ≥ 20 IU (5 Lf) |
| Anatoxine diphtérique | ≥ 2 IU (2 Lf) |
| Vaccin anticoquelucheux acellulaire | |
| Anatoxine coquelucheuse | 2,5 µg |
| Hémagglutinine filamenteuse | 5 µg |
| Pertactine | 3 µg |
| Fimbriae de types 2 et 3 | 5 µg |

Vaccin antipoliomyélitique inactivé :

| | |
|---|--------|
| - Type 1 (Mahoney) | 40 UD* |
| - Type 2 (MEF-1) | 8 UD* |
| - Type 3 (Saukett) | 32 UD* |
| * unités d'antigène D (ou quantités équivalentes d'antigène). | |

Conserver entre 2° et 8°C (35° et 46°F).

Ne pas congeler. Bien agiter.

Voir la notice.

ADACEL®-POLIO

1 x 0.5 mL syringe/seringue/jeringa

Cada dosis de 0,5 mL contiene:

| | |
|-------------------|--------------|
| Toxoide Tetanico | ≥ 20 IU(5Lf) |
| Toxoide Difterico | ≥ 2 IU(2Lf) |

Acelular Pertusico

| | |
|--------------------------|-------|
| Toxoide Pertusico | 2,5µg |
| Hemagglutina Filamentosa | 5µg |
| Pertactina | 3µg |
| Fimbrias de tipo 2 y 3 | 5µg |

Vacuna inactivado de la poliomiélitica :

| | |
|--------------------|--------|
| - Tipo 1 (Mahoney) | 40 UD* |
| - Tipo 2 (MEF-1) | 8 UD* |
| - Tipo 3 (Saukett) | 32 UD* |

* unidad de antígeno D (o cantidad equivalente d'antígeno).

Conserver entre 2° y 8°C (35° - 46 ° F).

No congelar. Agitese bien.

Ver el prospecto.

Manufactured and distributed by/Fabriqué et distribué par/Realizado y distribuido por:

Sanofi Pasteur Limited - Toronto, Ontario, Canada

Fabricated by/Produit par/Fabricado por:

Sanofi Pasteur SA - Lyon, France



SECURITY SANOFI

SANOFI

PC/GTIN: 03664798014129

LOT:

V3F982V

EXP.:

01-2024



SN:

136T3FWP4H5A0W



1 x 0.5 mL syringe/seringue/jeringa

ADACEL®-POLIO

Each 0.5 mL dose contains:

| | |
|----------------------------|---------------|
| Tetanus Toxoid | ≥ 20 IU (5Lf) |
| Diphtheria Toxoid | ≥ 2 IU (2Lf) |
| Acellular Pertussis | |
| Pertussis Toxoid | 2.5 µg |
| Filamentous Haemagglutinin | 5 µg |
| Pertactin | 3 µg |
| Fimbriae Types 2 and 3 | 5 µg |

Inactivated Poliomyelitis Vaccine:

| | |
|--------------------|--------|
| - Type 1 (Mahoney) | 40 DU* |
| - Type 2 (MEF-1) | 8 DU* |
| - Type 3 (Saukett) | 32 DU* |

* D-antigen units (or equivalent antigen quantities).

Store at 2° to 8°C (35° to 46°F).

Do not freeze. Shake well.

See leaflet.

310 799079

ADACEL®-POLIO

1 x 0.5 mL syringe/seringue/jeringa

**Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine
Adsorbed Combined with Inactivated Poliomyelitis Vaccine (Tdap-IPV)**

Anat

acell Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Vacu ADACEL POLIO SUSP INJ
perts B1 SER

Activi P.P.V: 332,00 DH

For 5
may 5 118001 082162

d'anatoxine diphtérique et vaccin anticoquelucheux
vaccin antipoliomyélitique inactivé (dcaT-VPI)

vacuna, carga reducida de toxoide difterico y componente
vacuna poliomielitica inactivada (Tdap-VPI)

munisation active/Agente immunizante activo

ve/Pour personnes âgées de 4 ans et plus/para las personas

Suspension for injection in a pre-filled syringe/suspension injectable en seringue préremplie/
suspensión inyectable en jeringa prellenada

Dose: 0.5 mL intramuscular/Dose: 0,5 mL intramusculaire/ Dosis: 0,5 mL intramuscular



SANOFI PASTEUR