

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9908	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MESSEoudi A-DIL
Nom & Prénom : MESSEoudi A-DIL			
Date de naissance : 11/05/69			
Adresse :			
Tél. :	066144335	Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Vasse			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

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
22/05/2023	Consultation		300,00	INP : 0878133846 Dr. Hanouc Benhadj - Pédiatre - Capital Center Bc. Abde. Kader - Entrée «A» Bz. 15 - Cabinet 15 - Urgence 06 63 03 11 12 - INPE 09 02 3574
15/05/2023				
21/05/2023				

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, 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"/>																		
				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"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> <div style="margin-top: 10px;"> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p> </div>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						

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,



الدكتورة حنات بنخضرة بنعبد الرزق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بليج (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 11  
Télé et Fax : 022 98 00 34 - CASABLANCA

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
Pédiatre Spécialiste  
416 Anoual Capital Center Bd. abdelmoumen  
Angle Bd. Anoual entrée «A» Bd. N° 9 - 1er Etage  
Tél : 05 22 86 37 27 Cabinet : 06 59 93 11 11  
Fax : 05 22 86 15 32 Urgence : 06 63 05 23 12  
ICE : 00206364100000 - INPE : 007023074

Casablanca, le -----

416، أنوال كابيتال سانتر شارع عبد المؤمن 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<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

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

## ADACEL®-POLIO

1 x 0.5 mL syringe/seringue/jeringa

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 congelar. Bien agiter.**

Voir la notice.

Chaque dose de 0,5 mL contient:

Anatoxine tétanique ..... ≥ 20 IU (5 LF)

Anatoxine diphtérique ..... ≥ 2 IU (2 LF)

Vaccin anticoquelucheux acellulaire ..... 2,5 µg

Anatoxine coquelucheuse ..... 5 µg

Hémagglutinine filamenteuse ..... 3 µg

Pertactine ..... 5 µg

Cada dosis de 0,5 mL contiene:

Toxoide Tetanico ..... ≥ 20 IU(5LF)

Toxoide Difterico ..... ≥ 2 IU(2LF)

Acelular Pertusico

Toxoide Pertusico ..... 2,5 µg

Hemagglutinina Filamentosa ..... 5 µg

Pertactina ..... 3 µg

Fimbrias de tipo 2 y 3 ..... 5 µg

Vacuna inactivado de la poliomielítica :

- 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. Agitez 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



PC/GTIN: 03664798014129

LOT:

V3F982V

EXP.:

01-2024



SN: 136T3FWP4H5AOW



1 x 0.5 mL syringe/seringue/jeringa

**ADACEL®-POLIO**

## **ADACEL®-POLIO**

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

Anatoxine diphérique et vaccin anticoquelucheux  
acchin antipoliomyélitique inactivé (dcaT-VPI)  
Vacuna contra la difteria, pertusis y polio, carga reducida de toxoide difterico y componente  
de la vacuna poliomielitica inactivada (Tdap-VPI)  
munisation active/Agente immunizante activo

For persons aged 4 years and older/pour personnes âgées de 4 ans et plus/para las personas  
mayores de 4 años  
6 118001 082162

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

Each 0.5 mL dose contains:

Tetanus Toxoid .....	≥ 20 IU (5 LF)
Diphtheria Toxoid .....	≥ 2 IU (2 LF)
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*

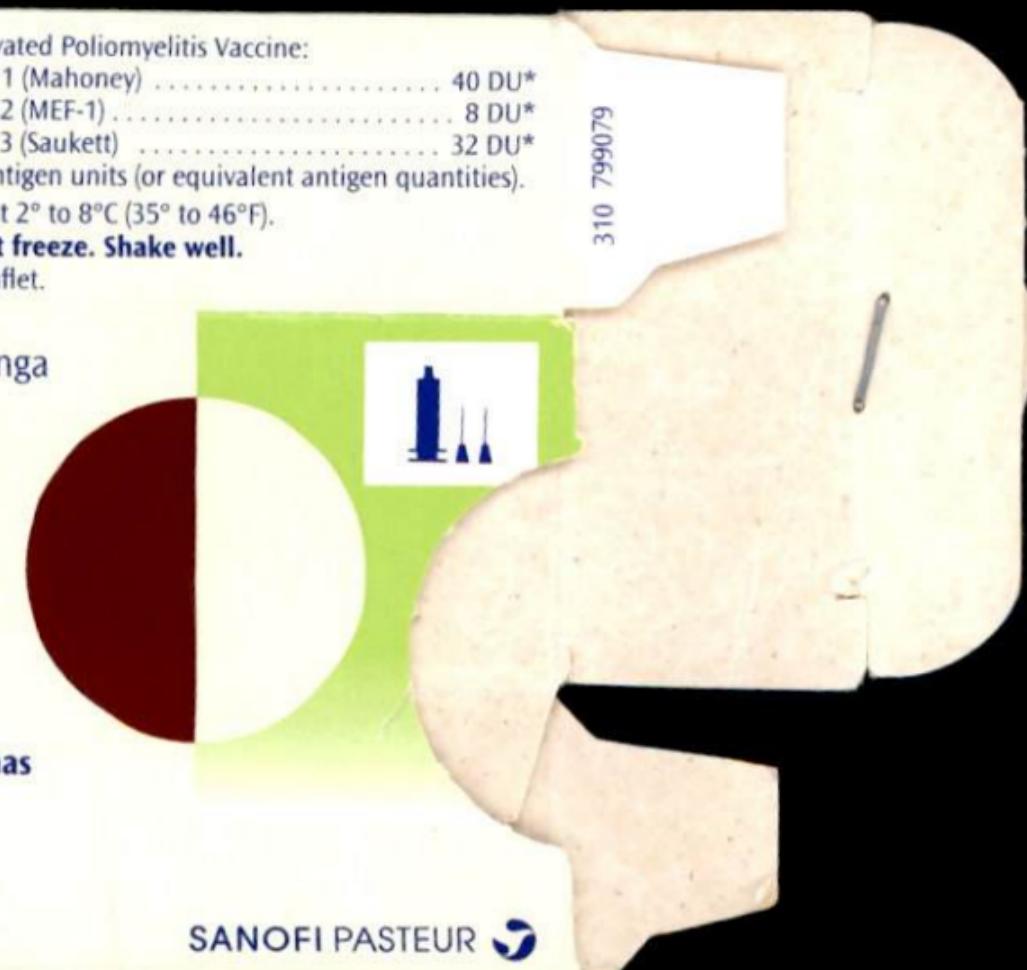
\* D-antigen units (or equivalent antigen quantities).

Store at 2° to 8°C (35° to 46°F).

**Do not freeze. Shake well.**

See leaflet.

310 799079



**SANOFI PASTEUR**