

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-639022

174113

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7988 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : RAHALI BRAHIM  
 Date de naissance : 14 05 66  
 Adresse : Apt 05 Zaim 04 Résidence AL WIAM  
 Hay Hassan 20220 Casa  
 Tél. : 0661217567 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr AIT M'HAMED Laila  
 PEDIATRE  
 249, Bd Yacoub Mansour, Résidence  
 Mansour, 2ème étage, N°3 Hay Hassan  
 22 39 39 04 / 0668 11 79 73  
 Date de consultation : 02/09/2023  
 Nom et prénom du malade : Rahali chadline Age : 12 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Natamali Pédiatrique  
 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 : Casa Le : 06/09/23

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
02/09/2023	clb	indemnité	20000	Dr AIT M'HAMED LAÏLA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MASJID C.I.L. Dr JONIS ABDELMEROUANE C.I.L. Casa 39 88 73	04/09/2023	134,6

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

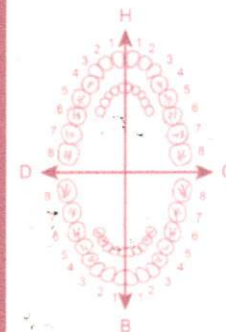
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

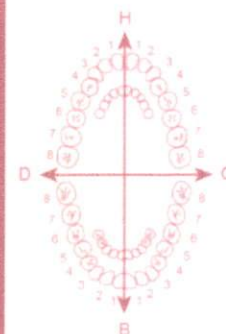
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة أيت محمد ليلى  
إختصاصية في أمراض  
الطفل والرضيع

Dr Ait M'hamed Laila  
Pédiatre  
Maladies du nouveau-né,  
du nourrisson et de l'enfant



04/09/2023

Rahali chadime

12ans

~~PHARMACIE L.L.L.~~  
~~Dr. Sonia Abou M'hamed~~  
~~4922, Lotissement du Stade~~  
~~Maj. Escalem L.L. - Casa~~  
~~tel : 0522 39 88 73~~

vacin

Tetrixim



1346

Tot =  
1346

Dr AIT M'HAMED Laila  
PEDIATRE  
249, Bd Yacoub mansour, Résidence  
Mansour, 2<sup>ème</sup> étage, N° 3, Hay Hassan  
0522 39 39 04 / 0666 11 79 79

249, Boulevard Yacoub El Mansour  
Résidence El Mansour. 2<sup>ème</sup> Etage. Apt3. Casablanca

T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhamed@gmail.com

**TETRAXIM**

Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux, poliomyélitique (inactivé), adsorbé à trois composants and poliomyelitis (inactivated)

pension injectable (0,5 mL en seringue pré  
pension for injection (0.5 mL in prefilled sy)

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si votre enfant ressent un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier /ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. Qu'est-ce que TETRAXIM et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser TETRAXIM ?
3. Comment utiliser TETRAXIM ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TETRAXIM ?

Contenu de l'emballage et autres informations

1. QU'EST-CE QUE TETRAVAX ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?  
TETRAVAX (DTaP-IPV) est un vaccin. Les vaccins sont utilisés pour protéger les maladies infectieuses.  
Quand TETRAVAX est injecté, les défenses naturelles du corps développent une protection contre ces maladies.  
TETRAVAX est indiqué pour aider votre enfant à se protéger contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite.  
TETRAVAX est indiqué chez les enfants à partir de l'âge de 2 mois.

Pour être sûr que ce vaccin convient à votre enfant, il est important de dire à votre médecin ou votre pharmacien si les points décrits ci-dessous s'appliquent à votre enfant.

Tetraxim inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 134,60 DH



sé) et  
cellular,

ulaire  
route

SANOFI PASTEUR

