

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
- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0043362 *Cover*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11811 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Enfant
 Nom & Prénom : EL BARRHI SALMA
 Date de naissance : 07/08/2015
 Adresse :
 Tél. : 0661182007 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Abdelhak ZAKIR

Cachet du médecin : Pédiatre
13 Bd Ain Taoullate 1er Etg Appt N°1
Bourgogne Casablanca
Tél 0522 46 67 66/0666 99 99 94
 Date de consultation : 30/08/2023
 Nom et prénom du malade : EL BARRHI SALMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : ruccw
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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.

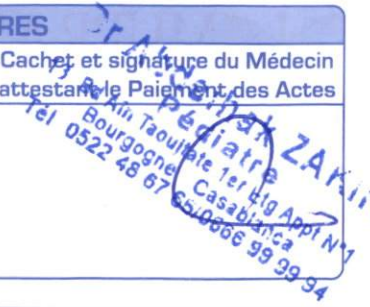
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :/...../.....

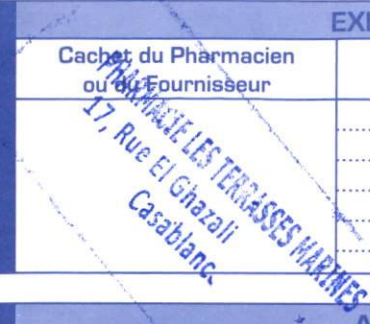
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/08/23 | CS | | 300 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 30/08/23 | 535,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

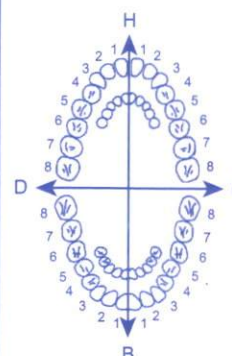
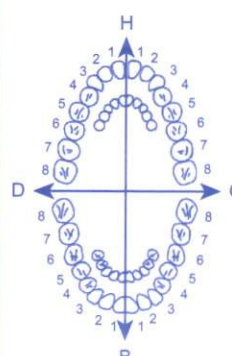
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <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 | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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

Docteur Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier

des Hôpitaux de France

Diplômé en Réanimation Néo-Natal

Diplômé en Médecin Foetale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع

خريج كلية الطب بمونبيلي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

مجاز في انعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

EL barhmi Salma

Casablanca, le : 30/08/23

332,00 Adecel Polio

203,00

Avaxim

535,00

PHARMACIE LES TERRASSES MARINES
17, Rue El Ghazali
Casablanca

Dr Abdelhak ZAKIR
Pédiatre

13 Bd Ain Taoujate 1er Etg Appt N°1

Bourgogne Casablanca

Tél 0522 48 67 66 / 06 66 99 99 94

| | |
|----------------------------|----------------|
| 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

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)

Anatoxine tétanique, dose réduite d'anatoxine diphtérique et vaccin antioquelucheux acell

Combinés au vaccin antipoliomyélitique inactivé (dcaT-VPI)
 Vaccin antipoliomyélitique inactivé, carga reducida de toxoide difterico y componente
 n vacuna poliomiélitica inactivada (Tdap-VPI)
 Immunisation active/Agente immunizante activo
 Dose/Pour personnes âgées de 4 ans et plus/para las personas

Vaccin Sanofi-aventis Maroc
 per Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebaï Casablanca
 Acti ADACEL POLIO SUSP INJ
 For B1 SER
 ma P.P.V : 332.00 DH

Sus 6 118001 082162
 suspension injectable

ed syringe/suspension injectable en seringue préremplie/
 rellenada

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

Chaque dose de 0,5 mL contient:

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Anatoxine tétanique | ≥ 20 IU (5 Lf) |
| Anatoxine diphtérique | ≥ 2 IU (2 Lf) |
| Vaccin antioquelucheux 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.

SANOFI PASTEUR

ADACEL®-POLIO

1 x 0.5 mL syringe/seringue/jeringa

8

PCGTIN: 0366798014129

SN:

13665XCDAGCRRP



EXP:

03-2024

LOT:

V368110V



Manufactured and distributed by/Fabrique et distribué par/Realizado y distribuido por:
Sanofi Pasteur Limited - Toronto, Ontario, Canada
 Fabricated by/Produit par/Fabricado por:
Sanofi Pasteur SA - Lyon, France

Conserver entre 2° et 8°C (35° - 46° F).
No congelar. Agitar bien.
 Ver el prospecto.

Cada dosis de 0,5 mL contiene:
 Toxide tétanique ≥ 20 IU (5 Lf)
 Toxide difterico ≥ 2 IU (2 Lf)
 Acellular Pertussis
 Toxide Pertussis 2,5 µg
 Hemagglutina Filamentosa 5 µg
 Pertactina 3 µg
 Fimbrias de tipo 2 y 3 5 µg
 Vacuna inactivada 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).

Each 0.5 mL dose contains:

AVAXIM 80 U Pediatric/Pédiatrique

Hepatitis A vaccine (inactivated, ad
Vaccin de l'hépatite A (inactivé, ad

Suspension for injection in pre-filled syri
Suspension injectable en seringue prére
Intramuscular route/Voie intramusculaire

Virus de l'hépatite A, souche GBM* (inactivé) **
..... 80 unités ELISA***
Pour une dose de 0,5 mL

- * Cultivée sur cellules diploïdes humaines MRC-5
- ** Adsorbé sur hydroxyde d'aluminium, hydraté (0,15 milligrammes d'Al³⁺)
- *** En l'absence de référence internationale standardisée le contenu antigénique est exprimé à l'aide d'une référence interne

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

Avaxim 80 Inj b1 ser 0,5 ml
PPV : 203,00 DH



SANOFI PASTEUR

Excipients: 2-Phénoxyéthanol, éthanol*, formaldéhyde, milieu 199 Hanks sans rouge phénol (mélange complexe d'acides aminés (incluant la phénylalanine*), de sels minéraux, de vitamines et d'autres composants, incluant le potassium) 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*

* Lire la notice pour plus d'informations.

Agiter avant injection. 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. A conserver dans l'emballage d'origine, à l'abri de la lumière. Prévention contre l'infection provoquée par le virus de l'hépatite A chez l'enfant de 12 mois à 15 ans. Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation en vigueur.



SANOFI



MANUF

18112021

LOT:

V3M683V

EXP

10-2024

SN:

136R3W075CKXA1



PC/CTIN: 0366798058734

SANOFI PASTEUR

14 Espace Henry Vallée
69007 Lyon - France

Hepatitis A virus, GBM strain* (inactivated) **
..... 80 ELISA units***
For one dose of 0.5 mL

- * Cultured on MRC-5 human diploid cells
- ** Adsorbed on hydrated aluminium hydroxide (0.15 milligrams of Al³⁺)
- *** In the absence of an international standardised reference, the antigen content is expressed using an in-house reference

Excipients: 2-Phenoxyethanol, ethanol*, formaldehyde and Hanks Medium 199 without phenol red (a complex mixture of amino acids (including phenylalanine*), mineral salts, vitamins and other components, including potassium), supplemented with polysorbate 80 and diluted in water for injections, with a pH adjusted with hydrochloric acid* or sodium hydroxide*.

Shake before injection. Read the package leaflet before use. Keep out of the sight and reach of children. Store in a refrigerator (2°C – 8°C). Do not freeze. Keep in the original packaging, protected from light. Prevention of the infection caused by hepatitis A virus in children aged from 12 months to 15 years. Any unused product or waste material should be disposed of in accordance with local regulations.