

# RECOMMANDATIONS IMP ACTIVER LES REMBOURSEMENT

## 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.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la date de début de soins.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, 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 canalaire, 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.

## Maladie et Affection Longue Durée :

- La déclaration de maladie chronique doit être jointe à la feuille de soins.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation
- Prise en charge
- Adhésion et changement de statut

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 04-05 relative à la protection des données personnelles.

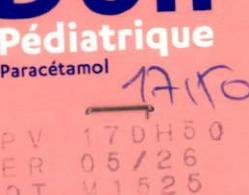
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 22 78 18 ~ www.mupras.com



PPV 17DH50  
PER 08/26  
LOT M3692  
1710



canalaires.  
prescripteur et renouvelée tous les 6



et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
22 78 18 ~ www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

M23-0017899

courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10012 Société : ROYAL AIR MAROC  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : BEN MOUAMEN YASSIR  
 Date de naissance : 02/10/1997  
 Adresse : APPT 8 T promenade 28 Résidence Jandia  
 de Souss Hay Nokhadi Agadir  
 Tél. : +212 66141111 Total des frais engagés : 1272 DH Dhs

## Cadre réservé au Médecin

DR. J. EL OUARZAZI  
PÉDIATRE  
Imme. Tifaouine Av. Mouquauama  
AGADIR - Tel: 05 28 54 81 03  
INPE: 041059569

MD  
2005/64

Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : Ben MOUAMEN NEIL Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

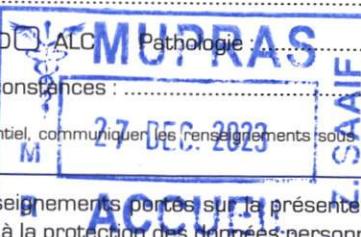
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Agadir

Le : 03/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : Ben



## VOLET ADHÉRENT

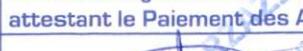
Déclaration de maladie M23-017899

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....

#### **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
03.10.23	C2	0.1	200,00 HT	 Dr. J. L. P. Dauvin PEI Toulouse Av. Tel: 05 26 041059503

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BILAPHARMA 7 IMM. HAIZEH AVENUE ADDAOUR 05 28 82 43 32	03.10.2023	1072,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHESIVE

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

#### **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											
			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		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	00000000												
G	35533411	11433553												
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

الدكتورة جميلة الورزازي

DR JAMILA EL OUARZAZI

خريجة كلية الطب بببوردو

أخصائية في أمراض الطفل والرضيع

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX  
D.U. PATHOLOGIE D'URGENCE DU NOUVEAU NÉ ET DE L'ENFANT



Cabinet  
de Pédiatrie

03.10.2023

BENNOUMEN NEIL

27.7.07

Pentaxim



26.0.7.7

Prenarin



17.5.07.2

Dolipod (2 flacons)



dose ned x 4 / 24h (3i fièvre)

10.7.2.07

Sté. BILLA PHARMA SARL  
MAGN 7IMMANTEH AV DES FAR  
AGADIR  
TEL: 05 28 82 43 32

DR. J. EL OUARZAZI  
CABINET DE PÉDIATRIE  
AGADIR Tel: 05 28 84 81 03  
Fax: 041059569

ملتقى شارع المقاومة وزنقة واد زيز  
عمارة تيقاوين، طابق 2، أكادير

ANGLE BD. MOUKAWAMA ET RUE OUED ZIZ  
IMMEUBLE TIFAQUINE, 2<sup>e</sup> ETAGE, AGADIR



05 28 84 81 03 • 06 61 28 41 48

After reconstitution, one dose (0.5 ml) contains:

Diphtheria toxoid <sup>(1)</sup>	≥ 30 IU
Tetanus toxoid <sup>(1)</sup>	≥ 40 IU
Bordetella pertussis antigens:	
Pertussis toxoid <sup>(1)</sup>	25 micrograms
Filamentous haemagglutinin <sup>(1)</sup>	25 micrograms
Poliomyelitis virus (inactivated)	
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU (2)(3)(4)
- type 2 (MEF-1 strain)	8 DU (2)(3)(4)
- type 3 (Saukett strain)	32 DU (2)(3)(4)

Polysaccharide of *Haemophilus influenzae* type b conjugated to the tetanus protein ..... 10 micrograms  
(1) adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated ..... 18-30 micrograms  
..... 0.3 mg Al<sup>3+</sup>  
(2) DU: D antigen unit.  
(3) or equivalent antigenic quantity determined by a suitable immunochemical method.  
(4) produced on VERO cells.

#### List of excipients:

Saccharose, tromethamol, concentrated hydrochloric acid for pH adjustment, aluminium hydroxide, Hanks medium without phenol red (including phenylalanine and glucose), acetic acid glacial and/or sodium hydroxide (for pH adjustment), formaldehyde, phenoxyethanol, ethanol and water for injections. Read the leaflet before use. Keep out of the sight and reach of children. Use immediately after reconstitution. Store in a refrigerator. Do not freeze.

#### **Lista de excipientes:**

Sacarosa, trometamol, ácido clorhídrico concentrado para ajuste del pH, hidróxido de aluminio, medio de Hanks sin rojo de fenol (incluyendo la fenilalanina y la glucosa), ácido acético glacial y/o hidróxido de sodio (para ajuste del pH), formaldehído, fenoxietanol, etanol y agua para inyectables.

Leer el prospecto antes de usar.

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

Usar inmediatamente después de la reconstitución.

Consevar en nevera. No congelar.

SN:

120E385X9C#VV6



PC/GTIN: 03664798014136

MANUF.: 22012021

LOT: W0A501H

EXP.: 12-2023

Después de reconstitución, una dosis (0,5 ml) contiene:

Toxoide diftérico <sup>(1)</sup>	≥ 30 UI
Toxoide tetánico <sup>(1)</sup>	≥ 40 UI
Antígenos de <i>Bordetella pertussis</i> :	
Toxoide pertúsico <sup>(1)</sup>	25 microgramos
Hemaglutinina filamentosa <sup>(1)</sup>	25 microgramos
Poliavirus (inactivado)	
- tipo 1 (cepa Mahoney)	40 UD (2)(3)(4)
- tipo 2 (cepa MEF-1)	8 UD (2)(3)(4)
- tipo 3 (cepa Saukett)	32 UD (2)(3)(4)
Polisacárido de <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	10 microgramos
conjugado con proteína tetánica	18-30 microgramos

(1) adsorbida en hidróxido de aluminio, hidratado ... 0.3 mg Al<sup>3+</sup>  
(2) UD: unidad de antígeno D.  
(3) o cantidad equivalente de antígeno, determinada según un método inmunoquímico apropiado.  
(4) producidos a partir de células VERO.

**SANOFI PASTEUR**

14 Espace Henry Vallée  
69007 Lyon - France/Francia

1 jeringa + 1 frasco

**PENTAXIM**



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Pentaxim Inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 277,00 DH  
  
6 118001 080632

Poudre en flacon et suspension pour suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml) – Boîte de 1  
Powder in vial and suspension for suspension for injection in prefilled syringe (0,5 ml) – Box of 1  
Polvo en frasco y suspensión para suspensión inyectable en jeringa precargada (0,5 ml) – Caja de 1

Voie intramusculaire / Intramuscular route / Vía intramuscular

Après reconstitution une dose (0,5 ml) contient :

Anatoxine diphtérique	≥ 30 UI
Anatoxine tétanique <sup>(1)</sup>	≥ 40 UI
Antigènes de <i>Bordetella pertussis</i> :	
Anatoxine pertussique <sup>(1)</sup>	25 microgrammes
Hémagglutinine filamenteuse <sup>(1)</sup>	25 microgrammes
Virus poliomylétique (inactivé)	
- type 1 (Mahoney)	40 UD (2)(3)(4)
- type 2 (MEF-1)	8 UD (2)(3)(4)
- type 3 (Saukett)	32 UD (2)(3)(4)

Polyoside d'*Haemophilus influenzae* type b ..... 10 microgrammes  
conjugué à la protéine tétanique ..... 18-30 microgrammes  
(1) adsorbée sur hydroxyde d'aluminium, hydraté ..... 0,3 mg Al<sup>3+</sup>  
(2) UD : unité d'antigène D.  
(3) ou quantité d'antigène équivalente déterminée  
selon une méthode immunochimique appropriée.  
(4) produits sur cellules VERO.

#### Liste des excipients :

Saccharose, trométamol, acide chlorhydrique concentré pour ajustement du pH, hydroxyde d'aluminium, milieu de Hanks sans rouge de phénol (incluant la phénylalanine et le glucose), acide acétique glacial et/ou hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH), formaldéhyde, phénoxyéthanol, éthanol et eau pour préparations injectables.  
Lire la notice avant utilisation. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Utiliser immédiatement après reconstitution.  
A conserver au réfrigérateur. Ne pas congeler.

**SANOFI PASTEUR**