

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 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 en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-606066

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 6438	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : FASSI FETHI YOUNOUS		
Date de naissance : 17/01/67		
Adresse : L'Etablissement CASA BLANCA		
Tél. : 0661142163	Total des frais engagés : 250 + 197.30 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik Pédiatre Spécialiste 416, Anodal Capital Center Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anodal Entrée «A» Bur N° 9 - 1er Etage Tel. 05 22 86 17 27 - Cabinet 06 53 93 11 11 Fax 05 22 86 15 32 - Urgence 06 53 05 28 12 ICE 00206364100045 - INPE 091023374 </div>		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : FASSI FETHI OMAR		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Vaccination		
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 : 21/07/2021
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	N° W21-606066
Déclaration de maladie	
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).	

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
 Pédiatre Spécialiste
 416, Anodal Capital Center Bd. Abdelmoumen
 Angle Bd. Anodal Entrée «A» Bur N° 9 - 1er Etage
 Tel. 05 22 86 17 27 - Cabinet 06 53 93 11 11
 Fax 05 22 86 15 32 - Urgence 06 53 05 28 12
 ICE 00206364100045 - INPE 091023374

6438
 Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) : YOUNOUS
 Total des frais engagés : 250 + 197.30
 Date de dépôt :

DE LA REVENUE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures de Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/01/2021	C	15	250,00	INP : DSIND23B74 Dr Hanane Benkhadra Benabderazzak Rédactrice Spécialiste 116 Avenue Capital Center Bd. Abdelmoumen N° Entrée «A» Bur N° 9 - 1er Etage Téléphone : 06 59 93 11 11 Fax : 06 25 28 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Toubir Mme. KABBAJ MARIAM Lotissement CASABLANCA Tél : 05 28 934 190	28/01/2011	187,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

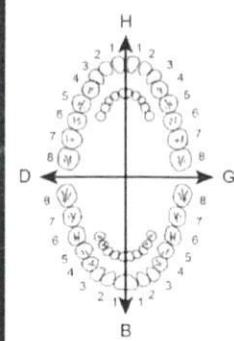
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	C
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabder

pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنات بنخضرة بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بلجيك (بلجيكا)

CASABLANCA, le 21.01.2021

Mr FASSI FIHRI Omar

134,60

1 TETRAXIM

20,40 x 3

2 VIT D3 BON

1 amp 1/ mois pendant 3 mois

Pharmacie Zoubir
Mme. KARBA MARIAM
Lotissement Zemzoum 1831
CASABLANCA
Tél : 05 22 934 190

Dr Hanane BENKHADRA

197,30

D. Hanane Benkhadra Benabderazzik
Pédiatre Spécialiste
Boulevard Capital, Casablanca, Bd abdelmoumen
N° 9 entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11
Fax : 05 22 86 15 32 — benkhadrahanan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 —

Casablanca, le

416, أنوال كابيال سانتر شارع عبد المؤمن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - الفاكس : 05 22 86 15 32 -

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

ou quantité c
immunochimiqu
produits sur celle
Les autres comp
Le milieu de Han
incluant la phényle
comme le glucose
du pH, le formate
injectables.

Qu'est ce que TETRAXIM?

TETRAXIM se présente sous la forme d'une suspension injectable (0,5 ml en seringue préremplie avec aiguille) ou (0,5 ml en seringue préremplie sans aiguille attachée avec 2 aiguilles séparées) - boîte de 1.

La suspension est trouble et blanchâtre.

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché

SANOFI PASTEUR - 14 Espace Henry Vallée - 69007 LYON - FRANCE

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est : 10/2017.

Les informations suivantes sont destinées exclusivement aux professionnels de santé :

Mode d'administration

Pour les seringues sans aiguille attachée, l'aiguille séparée doit être montée fermement sur la seringue en opérant une rotation d'un quart de tour.

Agiter avant injection, jusqu'à obtention d'une suspension trouble et blanchâtre homogène.

Administrer par voie intramusculaire (IM).

L'administration se fera de préférence dans la face antérolatérale de la cuisse (tiers moyen) chez le nourrisson et dans la région deltoidienne chez l'enfant.

Ce vaccin ne doit jamais être injecté dans un vaisseau sanguin (voie intravasculaire).

TETRAXIM

Suspension for injection in prefilled syringe

Diphtheria, tetanus, pertussis (acellular, component) and poliomyelitis (inactivated) vaccine (adsorbed)

Read all of this leaflet carefully before you get your child vaccinated because it contains important information.

- Keep this leaflet. You may need to read it again.
- If you have any further questions, if you have a doubt, ask your doctor or pharmacist.
- This medicine has been prescribed for your child only. Never pass it on to others.
- If your child feels any side effects, talk to your doctor or pharmacist. This includes any possible side effects not listed in this leaflet. See Section 4.

What is in this leaflet:

1. What TETRAXIM is and what it is used for
2. What you need to know before you use TETRAXIM
3. How to use TETRAXIM
4. Possible side effects
5. How to store TETRAXIM
6. Further information

1. WHAT TETRAXIM IS AND WHAT IT IS USED FOR

TETRAXIM is a vaccine. Vaccines are used to protect against infectious diseases. When TETRAXIM is injected, the body's natural defences develop a protection against those diseases.

TETRAXIM is indicated to help protect your child against diphtheria, tetanus, pertussis and poliomyelitis.

TETRAXIM is indicated in children from the age of 2 months.

2. WHAT YOU NEED TO KNOW BEFORE YOU USE TETRAXIM

In order to make sure that this vaccine is suitable for your child, it is important to tell your doctor or pharmacist if any of the points below apply to your child.

Never use TETRAXIM:

- if your child is allergic (hypersensitive):
 - to any of the vaccine components (listed in Section 6 «further information»)
 - to glutaraldehyde, neomycin, streptomycin, or polymyxin B (used during the manufacturing process and which may be present as traces),
 - to a pertussis vaccine (acellular or whole cell),

une méthode.

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Alm tseba Casablanca

TetraXim inj b1 ser 1 dose

P.R.V : 134,60 DH



6 118001 08072-2

eur?

- if your child had an allergic reaction after an injection of the same vaccine or a vaccine containing the same substances,
- if your child suffers from evolving encephalopathy (cerebral lesions) or child suffered from encephalopathy (cerebral lesions) within 7 days of a dose of a pertussis vaccine (acellular or whole cells pertussis),
- if your child has fever or a disease which occurred suddenly (acute disease), in this case it is preferable to postpone the vaccination.

Warnings and precautions for use

Ask your doctor or your pharmacist before using TETRAXIM in the cases described below.

- if your child has poor immune defences, or if he/she is treated with corticosteroids, cytotoxic drugs, radiotherapy or other drugs that may weaken his/her immune system: the immune response may be diminished. It is then recommended to wait until the end of the treatment or disease before vaccinating. However, vaccination is recommended in subjects with chronic immunodeficiency such as HIV infection, even if the immune response may be limited.
- if your child presented Guillain-Barré syndrome (abnormal sensitivity, paralysis or brachial neuritis (paralysis, diffuse pain in the arm and shoulder) following receipt of a prior vaccine containing tetanus toxoid (vaccine against tetanus), the decision to give any further vaccine containing tetanus toxoid should be evaluated by your doctor,
- if your child has blood disorders such as a decrease in platelets (thrombocytopenia) or clotting disorders because of the risk of bleeding which may occur during intramuscular administration,
- if your child has or had medical issues or allergies, especially an allergic reaction following an injection of TETRAXIM,
- if your child experienced any of the following events after a previous administration of this vaccine, then the decision to give further doses of this pertussis-containing vaccine will be carefully evaluated by your doctor:
 - Fever of 40°C or above within 48 hours of vaccination, not due to another identifiable cause.
 - Collapse or shock-like state with hypotonic-hyporesponsive episode (drop in energy) within 48 hours of vaccination.
 - Persistent, inconsolable crying lasting 3 hours or more, occurring within 48 hours of vaccination.
 - Convulsions with or without fever, occurring within 3 days of vaccination.
- if your child had febrile convulsions unrelated to a previous vaccination; in this case it is particularly important to monitor his/her temperature for 48 hours after vaccination and regularly give him/her a treatment to lower the fever, for 48 hours.
- if your child presented swelling (oedematous reactions) in lower limbs (legs and feet) following injection of a *Haemophilus influenzae* type b-containing vaccine; TETRAXIM vaccine and *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccine should be administered into two separate injection sites and on different days.

Other medicines and TETRAXIM

For primary vaccination and for the 1st boosted dose, TETRAXIM may be administered by reconstituting the *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccine (Act-Hib) or administered simultaneously with it in two separate injection sites, i.e. in two different parts of the body.

In case your child should receive TETRAXIM simultaneously with other vaccines than those already mentioned, please ask your doctor or pharmacist for more information.

Please inform your doctor or pharmacist if your child takes, has recently taken, or may take any other medicines, even those not prescribed.

Pregnancy and breastfeeding

TETRAXIM is intended for children. For teenage girls, please ask your doctor.

3. HOW TO USE TETRAXIM

This vaccine is administered to your child by a healthcare professional who knows about vaccines.

Dosage

The schedule should be chosen in accordance with current national recommendations:

- 2 injections with an interval of two months, one at the age of 2 months and one at the age of 4 months, followed by one booster injection at the age of 11 months, then another booster injection at the age of 6 years.
- Booster vaccination between 11 and 13 years of age for children who received a vaccine containing the pertussis valence at reduced concentration at the age of 6 years.
- 3 injections at an interval of one to two months from the age of 2 months, followed by one booster injection one year after primary vaccination i.e. within the second year of life, and another booster injection between 5 and 13 years of age.

Method of administration

Administration should be performed in a muscle (intramuscular route IM) preferably in the thigh in infants and in the upper arm in children.

If you have any further questions on the use of this medicine, ask your doctor or pharmacist.

MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie à l'un des constituants, notamment à la vitamine D,
- hypercalcémie (taux anormalement élevé de calcium dans le sang),
- hypercalciurie (taux anormalement élevé de calcium dans les urines),
- lithiasse calcique (calcul rénal).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

Afin d'éviter un surdosage en vitamine D, prévenir votre médecin en cas d'association avec un traitement contenant déjà cette vitamine.

En cas d'administration de fortes doses et répétées de vitamine D, ou en cas d'association avec des fortes doses de calcium, il est nécessaire de surveiller le taux de calcium dans le sang et les urines.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

Traitement de la care

1 ampoule (soit 200 000 UI)

une fois après 1 à 6 mois

CE MEDICAMENT VOUS EST

EMENT DELIVRE DANS

PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.
- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie IM. L'ampoule peut être également administrée par voie orale.

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



S 118001 272228
V : 20,00 DH

MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie à l'un des constituants, notamment à la vitamine D,
- hypercalcémie (taux anormalement élevé de calcium dans le sang),
- hypercalciurie (taux anormalement élevé de calcium dans les urines),
- lithiasse calcique (calcul rénal).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

Afin d'éviter un surdosage en vitamine D, prévenir votre médecin en cas d'association avec un traitement contenant déjà cette vitamine.

En cas d'administration de fortes doses et répétées de vitamine D, ou en cas d'association avec des fortes doses de calcium, il est nécessaire de surveiller le taux de calcium dans le sang et les urines.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

Traitement de la care

1 ampoule (soit 200 000 UI)

une fois après 1 à 6 mois

CE MEDICAMENT VOUS EST

EMENT DELIVRE DANS

PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.
- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie IM. L'ampoule peut être également administrée par voie orale.

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



S 118001 272228
V : 20,00 DH

MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie à l'un des constituants, notamment à la vitamine D,
- hypercalcémie (taux anormalement élevé de calcium dans le sang),
- hypercalciurie (taux anormalement élevé de calcium dans les urines),
- lithiasse calcique (calcul rénal).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

Afin d'éviter un surdosage en vitamine D, prévenir votre médecin en cas d'association avec un traitement contenant déjà cette vitamine.

En cas d'administration de fortes doses et répétées de vitamine D, ou en cas d'association avec des fortes doses de calcium, il est nécessaire de surveiller le taux de calcium dans le sang et les urines.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

Traitement de la care

1 ampoule (soit 200 000 UI)

une fois après 1 à 6 mois

CE MEDICAMENT VOUS EST

EMENT DELIVRE DANS

PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.
- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie IM. L'ampoule peut être également administrée par voie orale.

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



S 118001 272228
V : 20,00 DH