

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Données générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothésaire :

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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0021838

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9065

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : J. ELIACH Mohamed

Date de naissance : 22-09-1965

Adresse : N° 14 Rue des Sabins ADIC

CASA

Tél : 0661 064 692

Total des frais engagés : 384.60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca 27-3-21

Le : 27-03-21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
D 00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														



P 14/0035388

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9065	Signature de l'adhérent 	
Nom & Prénom		Jelloul Mohamed		
Fonction	CRB	Phones 0661064642		
Mail		mjel9065@gmail.com		
MEDECIN	Prénom du patient Jelloul. Sene			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age	Date 27-3-21
Nature de la maladie		varicelle		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
DR EL BENNA EL HASSAN PEDIATRE 54 Ruesokrate des Sabah Casablanca Tel: 05 22 22 04 21 medecin				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
Cr	1	250DH		
PHARMACIE	Date 27.03.21			
Montant de la facture	134.60			
PHARMACIE FRANCE VILLE 400, Bd de la Liberté Casablanca Tél: 05 22 22 04 21 pharmacien				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
				CACHET

Dr . El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 27-3-21

Dr. El Hassan El Benna

134.60



VILLE
Maarif
Casablanca
Tel: 05 22 22 04 21

THAMMOUZE TRANCE VILLE
114, Rue Socrate Rés. SABAH
406, Maarif - Casablanca
Tel: 05 22 22 04 21

Dr EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE
54 Rue Socrate Rés. SABAH
Maarif - Casablanca
Tel: 05 22 22 04 21

TETRIXIM

Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux poliomyélitique (inactivé), adsorbé / diphtérique et poliomyélie (inactivé)

Suspension injectable (0,5 ml en seringue préremplie)
Suspension for injection (0.5 ml in prefilled syringe)

One dose (0.5 ml) contains:

Diphtheria toxoid ¹	≥ 30 IU
Tetanus toxoid ²	≥ 40 IU
<i>Bordetella pertussis</i> antigens	
Pertussis toxoid ³	25 micrograms
Filamentous haemagglutinin ⁴	25 micrograms
Poliomyelitis virus (inactivated)	
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU ⁵
- type 2 (MEF-1 strain)	8 DU ⁵
- type 3 (Saukett strain)	32 DU ⁵



SANOFI



MANUE

11072019

LOT:

T3M121V

EXP:

06-2022

SN:

136R2KNHDKRADO



PC/GTIN: 0366798022643

SANOFI PASTEUR
14 Espace Henry Vallée
69007 Lyon
France

Line dose (0.5 ml) contient :

Anatoxine diphtérique ¹	≥ 30 UI
Anatoxine tétanique ²	≥ 40 UI
Antigènes de <i>Bordetella pertussis</i>	
Anatoxine pertussique ³	25 microgrammes
Hémagglutinine filamenteuse ⁴	25 microgrammes
Virus poliomyélitique (inactivé)	
- type 1 (souche Mahoney)	40 UD ⁵
- type 2 (souche MEF-1)	8 UD ⁵
- type 3 (souche Saukett)	32 UD ⁵

- 1 adsorbée sur hydroxyde d'aluminium, hydraté 0,3 mg Al³⁺
- 2 UD : unité d'antigène D
- 3 ou quantité d'antigène équivalente déterminée selon une méthode immunochimique appropriée.
- 4 produits sur cellules VERO.
- TETRIXIM peut contenir des traces de glutaraldéhyde, néomycine, streptomycine et polymyxine B.
- Liste des excipients :** Milieu de Hanks sans rouge de phénol (mélange complexe d'acides aminés incluant la phénylalanine, de sels minéraux, de vitamines et autres composants comme le glucose), acide acétique et/ou

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain seba Casablanca

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



SANOFI PASTEUR

adjustment, formaldehyde, phenoxethanol, ethanol and water for injections.
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.
Instructions on use: Joint prevention against diphtheria, tetanus, pertussis and poliomyelitis.

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.
A conserver au réfrigérateur (entre +2°C et +8°C).
Ne pas congeler.
Indications d'utilisation : prévention conjointe de la diphtérie, du tétanos, de la coqueluche et de la poliomyélie.