

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

## Sons 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 :

Toutes 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.

## Education :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

67930

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9065

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : JELLOUL Mohamed

Date de naissance : 22-09-1967

Adresse : N° 14 Rue des Sabines 07815

CPA

Tél. : 0661 064 692

Total des frais engagés : 384.60 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Age : .....  
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 27-3-07

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/10/2010

J. El Hafsi



# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
 DROITE HAUT BAS				<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Fin d'exécution</b>
 DROITE HAUT BAS	H D 00000000 00000000 35533411	G 25533412 00000000 00000000 11433553		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		<b>Mle 9063</b>	<i>Signature de l'adhérent</i>
Nom & Prénom <b>Jelloul Mohamed</b>		Fonction <b>CDR</b> Phones <b>0661064692</b>	
Mail <b>mjel9063@gmail.com</b>			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>Jelloul. Semei</b>		Date <b>27-3-21</b>
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie <b>Vaccinatio</b>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Dr <b>EL BENNA EL HASSAN</b> <b>PEDIATRE</b> 54 Rue SOUKRAE Bess SABAH Bisarif - Casablanca Tel: 05 22 25 04 48		<b>250DH</b>	
<b>Nature des actes</b>	<b>Nbre de Coefficient</b>	Montant détaillé des honoraires	
<b>C2</b>	<b>1</b>	Tél: 05 22 25 04 48	
<b>PHARMACIE</b>	Date <b>27-3-21</b>		<i>PHARMACEUTIQUE 1406, Bd C. De Gaulle Casablanca Tél: 05 22 25 04 21</i>
Montant de la facture	<b>134.60</b>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date <b>27-3-21</b>			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<b>13 RH</b>		<b>CACHET</b>	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date		<b>CACHET</b>	
Nombre			
AM	PC	IM	IV

**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)

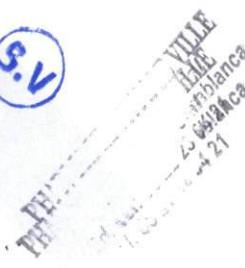
Casablanca, le ..... 27.3.24 .....

jeune. Sere

- tetradium

5.7

134.60



# TETRAXIM

Vaccin diptérique, tétanique, coqueluche et poliomylétilique (inactivé), adsorbé / diphtérique component) and poliomylétilis (inactivat

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 <sup>1)</sup>	> 30 IU
Tetanus toxoid <sup>1)</sup>	> 40 IU
Bordetella pertussis antigens:	
Pertussis toxoid <sup>2)</sup>	25 micrograms
Filamentous haemagglutinin <sup>3)</sup>	25 micrograms
Poliomyelitis virus (inactivated)	
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU <small>(2000U)</small>
- type 2 (MEF-1 strain)	8 DU <small>(200U)</small>
- type 3 (Saukett strain)	32 DU <small>(200U)</small>

<sup>1)</sup> adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated ..... 0.3 mg Al<sup>3+</sup>

<sup>2)</sup> DU : D antigen unit.

<sup>3)</sup> or equivalent antigenic quantity determined by a suitable immunochemical method.

<sup>4)</sup> produced on VERO cells.

TETRAXIM may contain traces of glutaraldehyde, neomycin, streptomycin and polymyxin B.

**List of excipients:** Hanks medium without phenol red (complex mixture of amino acids including phenylalanine, mineral salts, vitamins and other components such as glucose), acetic acid and/or sodium hydroxide for pH

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



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



6 118001 080724

SANOFI PASTEUR



adjustment, formaldehyde, phenoxyethanol, 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.



MANUF:

11072019

LOT:

T3M121V

EXP:

06-2022

SN:

136R2KMHDKRAD0



PC/UTIN 0366419802643

SANOFI PASTEUR  
14 Espace Henry Vallée  
69007 Lyon  
France

Une dose (0,5 ml) contient:

Anatoxine diptérique <sup>1)</sup>	>30 UI
Anatoxine tétanique <sup>1)</sup>	>40 UI
Antigènes de <i>Bordetella pertussis</i> :	
Anatoxine pertussique <sup>2)</sup>	25 microgrammes
Hémagglutinine filamentuse <sup>3)</sup>	25 microgrammes
Poliomyélite (inactivé)	
- type 1 (souche Mahoney)	40 UD <small>(2000U)</small>
- type 2 (souche MEF-1)	8 UD <small>(200U)</small>
- type 3 (souche Saukett)	32 UD <small>(200U)</small>

<sup>1)</sup> adsorbée sur hydroxyde d'aluminium, hydraté ..... 0.3 mg Al<sup>3+</sup>

<sup>2)</sup> UD : unité d'antigène D

<sup>3)</sup> ou quantité d'antigène équivalente déterminée selon une méthode immunochimique appropriée.

<sup>4)</sup> produits sur cellules VERO.

TETRAXIM peut contenir des traces de glutaraldehyde, 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

hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH), formaldehyde, phenoxyethanol, 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 diptérite, du tétonas, de la coqueluche et de la poliomyélite.