

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W21-818845

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13188 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TOUMI BENJELLAN HANZA / Joudia

Date de naissance : 06-05-1990 // 01-08-2021

Adresse : lot Boucha N° 67 Sidi Naouf Casablanca

Tél. : 0645 077768 Total des frais engagés : 826,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/09/2023

Nom et prénom du malade : Benjelme Toumi Joudia age 1-8-21

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Tmx

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

Signature de l'adhérent(e) :



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
16/09/23			259,27	INP : 021412912

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
Pharmacie Route 1100 Sidi Maârouf-Casablanca Tél: 0522 32 19 29 092043710	16/09/23
Montant de la Facture: 576,00	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة ن. سمينة
خريجة كلية الطب تور (فرنسا)

Docteur N. SMINA

Diplômée de la Faculté de Médecine de Tours (France)

PÉDIATRE

- Maladies des enfants de la naissance à 16 ans
- Allergie Pédiatrique
- Asthme
- Nutrition et traitement de l'obésité de l'enfant

- اختصاصية في طب الأطفال من الولادة إلى 16 سنة
- حساسية الطفل
- الربو
- علاج مشاكل التغذية والسمنة عند الطفل

Casablanca, le :

16/09/23

1 enfant Benjelloun Toubini-Jmdia

576,00

renactue

A/



Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

Tmden - SV

re x 21 185

Dr N. SMINA
PÉDIATRE
8, Lot. El Kheir - Sidi Maârouf
Casablanca
Tél: 05.22.58.10.07

تجزئة الخير رقم 8 - سيدي معروف أولاد حدو - الدار البيضاء 20280 - الهاتف : 05 22 58 10 07

Lotissement EL Kheir N°8, Sidi Maârouf, Oulad Haddou - Casablanca 20280 - Tél : 05 22 58 10 07

Email : n.smina@yahoo.fr

INDICATIONS AND USAGE

Menactra[®], Meningococcal (Groups A, C, Y and W-135) Polysaccharide Diphtheria Toxoid Conjugate Vaccine, is indicated for active immunization to prevent invasive meningococcal disease caused by *Neisseria meningitidis* serogroups A, C, Y and W-135. Menactra is approved for use in individuals 9 months through 55 years of age. Menactra does not prevent *N meningitidis* serogroup B disease.

DOSAGE AND ADMINISTRATION

Preparation for Administration

Menactra is a clear to slightly turbid solution. Parenteral drug products should be inspected visually for particulate matter and discoloration prior to administration, whenever solution and container permit. If any of these conditions exist, the vaccine should not be administered.

Withdraw the 0.5 mL dose of vaccine from the single-dose vial using a sterile needle and syringe.

Dose and Schedule

Menactra is administered as a single 0.5 mL dose by **intramuscular** injection, preferably in the anterolateral thigh or deltoid region depending on the recipient's age and muscle mass.

Do not administer this product intravenously or subcutaneously.

Primary Vaccination:

- In children 9 through 23 months of age, Menactra is given as a 2-dose series at least three months apart.
- Individuals 2 through 55 years of age, Menactra is given as a single dose.

Booster Vaccination:

- A single booster dose may be given to individuals 15 through 55 years of age at continued risk for meningococcal disease, if at least 4 years have elapsed since the prior dose.

DOSAGE FORMS AND STRENGTHS

Menactra is a solution supplied in 0.5 mL single-dose vials. [See **DESCRIPTION** for a complete listing of ingredients.]

CONTRAINDICATIONS

Hypersensitivity

Severe allergic reaction (eg, anaphylaxis) after a previous dose of a meningococcal capsular polysaccharide-, diphtheria toxoid- or CRM197-containing vaccine, or to any component of Menactra [see **DESCRIPTION**].

Febrile or Acute Disease

Vaccination should be postponed in case of febrile or acute disease that is moderate or severe. However, a minor febrile or non-febrile illness, such as mild upper respiratory infection, is not usually a valid reason to postpone immunization.

284 732842 Meningococcal (Groups A, C, Y and W-135) Polysaccharide Diphtheria Toxoid Conjugate Vaccine Menactra[®]

FOR INTRAMUSCULAR INJECTION

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
MENACTRA 0,5 ML SOL
INJ 1FL
PPV : 576,00 DH

6 118001 081981

WARNINGS AND PRECAUTIONS

Guillain-Barré Syndrome

Persons previously diagnosed with Guillain-Barré syndrome (GBS) may be at increased risk of GBS following receipt of Menactra. The decision to give Menactra should take into account the potential benefits and risks. GBS has been reported in temporal relationship following administration of Menactra. The risk of GBS following Menactra vaccination was evaluated in a post-marketing retrospective cohort study [see **Post-Marketing Experience, Post-Marketing Safety Study**].

Preventing and Managing Allergic Vaccine Reactions

Prior to administration, the healthcare provider should review the immunization history for possible vaccine sensitivity and previous vaccination-related adverse reactions to allow an assessment of benefits and risks. Epinephrine and other appropriate agents used for the control of immediate allergic reactions must be immediately available should an acute anaphylactic reaction occur.

Thrombocytopenia or Bleeding Disorders



7288