

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-814205

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7572 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUES Mohamed Noureddine

Date de naissance : 20/07/1958

Adresse : 98 rue Oualili Casablanca

Tél. : 666111209

Total des frais engagés : 532,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/08/2023

Nom et prénom du malade : MOUS AYA Age : 13/07/2005

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 : 07/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

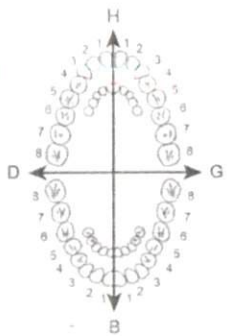
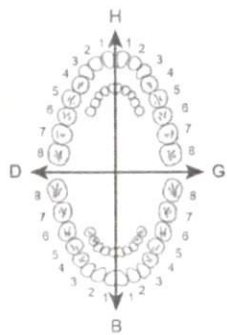
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
07/08/2023	c.s		200,00	INP 071052807 Dr Salah EL Moudi Pédiatre Immeuble Saïda Rd Prince Moulay Abdallah

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUKHOU 294, Lot Massmoudi Targa, Médina Tel: 05 25 08 56 59 INPE: 072073844	07/08/2023	332,00

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 canalaires, 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

Dr. El HASKOURI Salah

PEDIATRE

Immeuble Saïda Bd. Prince Moulay

Abdellah - Marrakech

Tél : 05 24.44.97.97

الدكتور الهسكوري صالح

اختصاصي في طب الأطفال

عمارة سعيدة شارع الامير مولاي عبد الله

مراكش

الهاتف : 05 24 44 97 97

Marrakech, le : 07/05/2013 : مراكش، في :

maïss Aja

332,00

ADACEL - Polio



332,00

~~Dr. Salah EL HASKOURI
Pédiatre
Immeuble Saïda
Bd. Prince Moulay Abdellah~~

PHARMACIE OUHOUD
Dr. SEMMAR Ouhane
294, Lot Massmoudi Targa - Marrakech
Tél : 05 25 08 56 59

Chaque dose de 0,5 mL contient:	
Anatoxine tétanique	≥ 20 IU (5 Lf)
Anatoxine diphtérique	≥ 2 IU (2 Lf)
Vaccin antioquelucheux acellulaire	
Anatoxine coquelucheuse	2,5 µg
Hémagglutinine filamenteuse	5 µg
Pertactine	3 µg
Fimbriae de types 2 et 3	5 µg

Vaccin antipoliomyélitique inactivé :
 - Type 1 (Mahoney) 40 UD*
 - Type 2 (MEF-1) 8 UD*
 - Type 3 (Saukett) 32 UD*
 * unités d'antigène D (ou quantités équivalentes d'antigène).
 Conserver entre 2° et 8°C (35° et 46°F).
Ne pas congeler. Bien agiter.
 Voir la notice.

ADACEL®-POLIO
 1 x 0,5 mL syringe/seringue/jeringa



Cada dosis de 0,5 mL contiene:
 Toxide Tetanico ≥ 20 IU(5Lf)
 Toxide Difterico ≥ 2 IU(2Lf)
 Acetular Pertussis
 Toxide Pertussis 2,5µg
 Hemagglutina Filamentosa 5µg
 Pertactina 3µg
 Fimbrias de tipo 2 y 3 5µg
 Vacuna inactivada de la poliomielitica :
 - Tipo 1 (Mahoney) 40 UD*
 - Tipo 2 (MEF-1) 8 UD*
 - Tipo 3 (Saukett) 32 UD*
 * unidad de antigeno D (o cantidad equivalente d'antigeno).
 Conserver entre 2° y 8°C (35° - 46 ° F).
No congelar. Agitate bien.
 Ver el prospecto.
 Manufactured and distributed by/Fabrique et distribue par/Realizado y distribuido por:
Sanofi Pasteur Limited - Toronto, Ontario, Canada
 Fabricated by/Produit par/Fabricado por:
Sanofi Pasteur SA - Lyon, France

Each 0.5 mL dose contains:	
Tetanus Toxoid	≥ 20 IU (5 Lf)
Diphtheria Toxoid	≥ 2 IU (2 Lf)
Acellular Pertussis	
Pertussis Toxoid	2,5 µg
Filamentous Haemagglutinin	5 µg
Pertactin	3 µg
Fimbriae Types 2 and 3	5 µg

Inactivated Poliomylitis Vaccine:
 - Type 1 (Mahoney) 40 DU*
 - Type 2 (MEF-1) 8 DU*
 - Type 3 (Saukett) 32 DU*
 * D-antigen units (or equivalent antigen quantities).
 Store at 2° to 8°C (35° to 46°F).
Do not freeze. Shake well.
 See leaflet.

ADACEL®-POLIO

1 x 0.5 mL syringe/seringue/jeringa

Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine

A **ivated Poliomyelitis Vaccine (Tdap-IPV)**

A **Sanofi-aventis Maroc**
 Route de Rabat - R.P.1,
 a **Aln sebaa Casablanca**
 ADACEL POLIO SUSP INJ
 V **B1 SER**
 p **P.P.V. : 332,00 DH**
 A **ite d'anatoxine diphtérique et vaccin antioquelucheux**
au vaccin antipoliomyélitique inactivé (dcaT-VPI)
tanico, carga reducida de toxoide difterico y componente
con vacuna poliomiélitica inactivada (Tdap-VPI)
l'immunisation active/Agente immunizante activo
above/Pour personnes âgées de 4 ans et plus/para las personas
mayores de 4 años

Suspension for injection in a prefilled syringe/suspension injectable en seringue préremplie/

suspensión inyectable en jeringa prellenada

Dose: 0.5 mL intramuscular/Dosis: 0.5 mL intramusculaire/ Dosis: 0.5 mL intramuscular

SANOFI PASTEUR