

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

2832

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | |
| Matricule : 7572 Société : Royal Air Maroc | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : Mohamed Nassereddine | | |
| Date de naissance : 20/02/1958 | | |
| Adresse : 98 rue Oualili Laâla 10000 Casablanca | | |
| Tél. : 6661111209 Total des frais engagés : 532,00 Dhs | | |

| | |
|---|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Dr Salah EL HASKOURI Pédiatre Immeuble Saïda nd Prince Moulay Abdallah | |
| Date de consultation : 07/08/2023 | |
| Nom et prénom du malade : Noirs Aya | |
| Lien de parenté : | Age: 13/07/2005 |
| <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : Véhiculog | |
| 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. | |



11 OCT. 2023

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 ACCUEILLIR 2023
Signature de l'adhérent(e) : Olga

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 07/07/2023 | cs | | 200,00 | INP 071052807 Dr Salah EL Pédiatre Immeuble Saïda Bd Prince Moulay Abdallah |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE OUHOUD 294, Lot Massmoudi Targa Tel : 05 25 08 559 INDE : 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 Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

Dr. EI HASKOURI Salah

PEDIATRE

Immeuble Saida Bd. Prince Moulay

Abdellah - Marrakech

Tél : 05 24.44.97.97

الدكتور الهسکوري 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 :

Monsieur Aya

332^{as}

ADACER - Potis



332^{as}

Dr. Salah EI HASKOURI
Pédiatre
Immeuble Saïda
Bd. Prince Moulay Abdellah

PHARMACIE DUHOUD

Dr. SEMMAR Hanane

294, Lot Massmoual Targa - Marrakech

Tél : 05 25 08 56 59

Chaque dose de 0,5 mL contient:
 Anatoxine tétanique ≥ 20 IU (5 LF)
 Anatoxine diphthérique ≥ 2 IU (2 LF)
 Vaccin anti-coqueluches acellulaire
 Anatoxine coqueluches 2,5 µg
 Hémagglutinine filamenteuse 5 µg
 Pertactine 3 µg
 Fimbriae de types 2 et 3 5 µg

≥ 20 IU (5 LF)
 ≥ 2 IU (2 LF)
 2,5 µg
 5 µg
 3 µg
 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.

Cada dosis de 0,5 mL contiene:

Toxido Tetanico ≥ 20 IU(5LF)
 Toxido Difterico ≥ 2 IU(2LF)

Acellular Pertusico 2,5µg

Hemagglutinina Filamentosa 5µg

Pertactina 3µg

Fimbrias de tipo 2 y 3 5µg

Vacuna inactivada de la poliomielitis :

- Tipo 1 (Mahoney) 40 UD*

- Tipo 2 (MEF-1) 8 UD*

- Tipo 3 (Saukett) 32 UD*

* unidad de antígeno D (o cantidad equivalente de antígeno).

Conserve entre 2° y 8°C (35° - 46°F).

No congelar. Agite bien.

Ver el prospecto.

Manufactured and distributed by/Fabricada y

distribuida por/Realizada y distribuida por:

Sanofi Pasteur Limited - Toronto, Ontario, Canada

Fabricated by/Produit par/Fabricado por:

Sanofi Pasteur SA - Lyon, France

PC/GIN: 03664798014129

LOT: V36815V

EXP.: 03-2024



SN: 13663MC7600BN6K

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

≥ 20 IU (5 LF)
 ≥ 2 IU (2 LF)
 2,5 µg
 5 µg
 3 µg
 5 µg

Inactivated Poliomyelitis 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.

6/0662 01E

ADACEL®-POLIO

Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine

inactivated Poliomyelitis Vaccine (Tdap-IPV)

Antitoxine d'anatoxine diphthérique et vaccin anti-coqueluches
 au vaccin antipoliomyélite inactivé (dcaT-VPI)

Vaccino di antitossina difterica e vaccino anti-coqueluches
 con vaccino poliomielitico inattivato (Tdap-VPI)

Vaccino antitossina difterica e anticoqueluches
 con vacuna poliomielitica inactivada (Tdap-VPI)

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 intramuscular/ Dosis: 0,5 mL intramuscular

SANOFI PASTEUR