

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

- 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakhri et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-503169

CA

141089

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12903 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL FARISSI OUSSAMA

Date de naissance : 01/01/1989 @elfarissi@royalairmaroc.com

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL FARISSI OUSSAMA Age:

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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																
O.D.F. Prothèses dentaires			Détermination du coefficient masticatoire																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> </tr> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	00000000	
	H		G																
	25533412	00000000	21433552	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	00000000	11433553	00000000																
(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																	
VOLET ADHERENT	NOM: EL FARISSI Dussama		Mle 12903																
DECLARATION N°	W18-393148		Cachet MUPRAS																
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																	
	689																		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																			

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-393148	DATE DE DEPOT/...../201.....
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12903	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		EL FARISSI Dussama	
Fonction	Manager	Phones 0661 497302	
Mail	oelfarissi@royalairmaroc.com		
MEDECIN	Prénom du patient EL FARIS EL SUZA		
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age
Date		01.11.19	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Menture			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
{	(+)	200	
PHARMACIE		Date 01.11.2019	
Montant de la facture		439 00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Signature de l'adhérent
Signature du médecin
M. EL SUZA
Dr. EL SUZA
Cachet de la Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Casablanca
B.P. 23 23 23
Tél: 0661 497302
Fax: 0661 497302
M. EL SUZA
Cachet de la Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Casablanca
B.P. 23 23 23
Tél: 0661 497302
Fax: 0661 497302

Professeur NEJJARI Noureddine

الأستاذ نجاري نور الدين

Pédiatrie
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca

Consultations sur Rendez-vous



طب الأطفال
أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء
الزيارة بالموعد

Casablanca, le 08/11/19 في الدار البيضاء، في

EL FARISSI KENZA



439

10 / HEXAXIN



Dr. NEJJARI Noureddine
Professeur de Pédiatrie
314, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 05.22.23.23.80 - Fax 05.22.23.23.81

Una dosis (0,5 ml) contiene:

- Toxoide diftérico ≥ 20 UI
- Toxoide tetánico ≥ 40 UI
- Antígenos de *Bordetella pertussis*:
 - Toxoide pertúsico/ Hemagglutinina filamentosa 25/25 mcg
- Poliovirus (Inactivado) tipos 1/2/3 ... 40/8/32 UD
- Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B 10 mcg
- Polisacárido de *Haemophilus influenzae* tipo b ... 12 mcg conjugado con proteína tétanica 22-36 mcg

Lista de excipientes

Hidrogenofosfato de disodio, dihidrogenofosfato de potasio, trometamol, sacarosa, aminoácidos esenciales incluyendo L-fenilalanina, agua para inyectables.

Agitar antes de usar.

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños. **Conservar en nevera (2°C a 8°C). No congelar.** Conservar el envase en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.

Sanofi Pasteur

14 Espace Henry Vallée
69007 Lyon
France/Francia

MANUF.: 15092017
LOT: P3K282V
EXPI/CAD: 07-2020

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2AIG
P.P.V: 439,00 DH



Une dose (0,5 ml) contient :

- Anatoxine diphtérique ≥ 20 UI
- Anatoxine tétanique ≥ 40 UI
- Antigènes de *Bordetella pertussis* :
 - Anatoxine pertussique/Héماغلوتينine filamenteuse 25/25 µg
- Virus poliomyélique (Inactifé) Types 1/2/3 40/8/32 Unités d'antigène D

- Anticgène de surface de l'hépatite B ... 10 µg
- Polyoside d'*Haemophilus influenzae* type b ... 12 µg conjugué à la protéine tétanique ... 22-36 µg

Liste des excipients

Phosphate disodique, phosphate monopotassique, trométamol, saccharose, acides aminés essentiels dont la L-phénylalanine, eau pour préparations injectables.

Agiter avant utilisation.

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
À conserver au réfrigérateur (2°C à 8°C).
Ne pas congeler.
Conservier le vaccin dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

Hexaxim

Suspension injectable en seringue préremplie / Suspension for injection in pre-filled syringe /
Suspension injectable en jeringa prellenada

Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux (acellulaire, multicomposé), de l'hépatite B (ADNr), poliomyélique (inactifé) et conjugué de l'*Haemophilus influenzae* type b, adsorbé (Diphtheria, tetanus, pertussis (acellular, component), hepatitis B (rDNA), poliomyelitis (inactivated) and *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccine (adsorbed))

Vacuna contra la difteria, el tétanos, la tos ferina (acelular, compuesta), y *Haemophilus influenzae* de tipo b (conjugada), adsorbida

- | seringue préremplie (0,5 ml) avec 2 aiguilles
- | pre-filled syringe (0,5 ml) with 2 needles
- | jeringa prellenada (0,5 ml) con 2 agujas

One dose (0.5 ml) contains:

- Diphtheria Toxoid ≥ 20 IU
- Tetanus Toxoid ≥ 40 IU
- *Bordetella pertussis* antigens:
 - Pertussis Toxoid/Filamentous Haemagglutinin 25/25 µg
- Poliovirus (Inactivated) Types 1/2/3 ... 40/8/32 DU

- Hepatitis B surface antigen 10 µg
- *Haemophilus influenzae* type b polysaccharide ... 12 µg conjugated to Tetanus protein 22-36 µg

List of excipients

Disodium hydrogen phosphate, potassium dihydrogen phosphate, trometamol, saccharose, essential amino acids including L-phenylalanine, water for injections.

Shake before use.

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.
Keep the vaccine in the outer carton in order to protect from light.

SANOFI PASTEUR



DTaP-IPV-HB-Hib

Voie intramusculaire
Intramuscular use
Via intramuscular

