

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-555037

SN

ND: 3446

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12686

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zineb Henda

Date de naissance :

20/05/1982

Adresse :

Jm 78, Apt 3, Bft Attadhamoun, El Soufia
Casablanca, 20260

Tél. :

0662616880

Total des frais engagés : 364,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/2020

Nom et prénom du malade : Suassqa Israe

Age : Sans

Lui-même

Conjoint

Enfan

Lien de parenté :

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Date : 28/07/2020

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				
	D	25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553		
(Création, Rémont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

VOLET ADHERENT NOM : _____ Mle _____

DECLARATION N° W18-379339

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

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



W18-379339

DATE DE DEPOT

22/07/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 12684

Nom & Prénom ZRINEH Houda

Fonction : Manager Phones. 0662614880

Mail hzrineh@royalairmaroc.com

MEDECIN Prénom du patient SAASSAA ISRAE

Adhérent Conjoint Enfant Age 5 ans Date 20-07-20

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Saccade

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C 200,-

PHARMACIE Date 20/07/2020

Montant de la facture

164.90

*Dr. MORJANE Farida
Lot. Wadi El Guedid
HAKIMA OIBATTA DAMOUNE*

*Dr. LADRHAM Mounia
Projet Attadhamouna Imm. B1
Tél: 05 37 61 06 62
INPE: 10201218*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur Fadila MORJANE
PÉDIATRE

Néonatalogie et réanimation néonatale
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat



الدكتورة فاضلة مرجان

اختصاصية في امراض الاطفال و الرضع و حديثي الولادة
خريجة كلية الطب بباريس
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى الاطفال بباريس

Témara le, 20.07.2020

Saassaa Israe

144,00 Ⓛ - Tetranium

20,90 Ⓛ - Sif D₃ BON 400.000 UI

③ - Semigee 2,5 ml

164,90

HARMACIE ATTADAMOUNE
Dr. LADRHAM Mounia Imm. B1
Projet Attademoune Al Wifak - Témara
Mag. N° 1 Al Wifak - Témara
Tél: 05 37 62 06 62
INPE: 102012184

شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكري姆 الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا.
Appt 3 (1^{er} étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.

โทรศัพท์: 06 61 29 00 67. | โทร: 05 37 62 75 75. | อีเมล: docteurmorjane@gmail.com



BATCH MAN 0519
HP337 EXP 0423

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

لتغدو تناولها باليابسات الموصى بها

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
بحصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma
AMMIN°171/16DMP/21NNPF



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

المصنّع / Manufacturer /

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

TETRAXIM

VACCIN DIPTÉRIQUE, TÉTANIQUE, COQUELUCHEUX (ACELLULAIRE, MULTICOMPOSÉ) ET POLIOMYÉLITIQUE (INACTIVÉ), ADSORBÉ / DIPHTHERIA, TETANUS, PERTUSSIS (ACELLULAR, COMPONENT) AND POLIOMYELITIS (INACTIVATED) VACCINE (ADSORBED) / VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, EL TÉTANOS, LA TOS FERINA (ACELULAR, MULTICOMPUESTA) Y LA POLIOMIELITIS (INACTIVADA), ADSORBIDA

Suspension injectable (0.5 ml en seringue préremplie) - boîte de 1

Suspension for injection (0.5 ml in prefilled syringe) - box of 1

Suspensión inyectable (0,5 ml en jeringa precargada) - caja de 1

Voie intramusculaire

Intramuscular route

Via intramuscular



One dose (0.5 ml) contains:

Diphtheria toxoid ⁽¹⁾	≥ 30 IU
Tetanus toxoid ⁽¹⁾	≥ 40 IU
Bordetella pertussis antigens:	
Pertussis toxoid ⁽¹⁾	25 micrograms
Filamentous haemagglutinin ⁽¹⁾	25 micrograms
Poliomyelitis virus (inactivated)	
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU (2)(3)(4)
- type 2 (MEF-I strain)	8 DU (2)(3)(4)
- type 3 (Saukett strain)	32 DU (2)(3)(4)

⁽¹⁾ adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated 0.3 mg Al³⁺

⁽²⁾ DU: D antigen unit.

⁽³⁾ or equivalent antigenic quantity determined by a suitable immunochemical method.

⁽⁴⁾ 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

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.

TETRAXIM
1 seringue/syringe - 0.5 ml - 1 dose

CT

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Al sbaâ Casablanca
Tetraxin inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 144,00 DH
118001 080724

LOT:

R3D366V
01-2021

MANUF.:

25022018

Una dosis (0,5 ml) contiene:

Toxido diftérico⁽¹⁾ ≥ 30 UI

Toxido tetánico⁽¹⁾ ≥ 40 UI

Antigenos de Bordetella pertussis:

Toxido pertusíco⁽¹⁾ 25 microgramos

Hemaglutinina filamentosa⁽¹⁾ 25 microgramos

Poliavirus (inactivado)

- tipo 1 (cepa Mahoney) 40 UD (2)(3)(4)

- tipo 2 (cepa MEF-I) 8 UD (2)(3)(4)

- tipo 3 (cepa Saukett) 32 UD (2)(3)(4)

⁽¹⁾ adsorbida en hidróxido de aluminio, hidratado . 0,3 mg Al³⁺

⁽²⁾ UD: unidad de antígeno D.

⁽³⁾ o cantidad equivalente de antígeno, determinada según un método inmunoquímico apropiado

⁽⁴⁾ producidos a partir de células VERO.

TETRAXIM puede contener restos de glutaraldehido, neomicina, estreptomicina y polymixina B.

Lista de excipientes: Medio de Hanks sin rojo de feno (mezcla compleja de aminoácidos que incluye la fenilalanina, sales minerales, vitaminas y otros componentes como la glucosa), ácido acético y/o hidróxido de sodio (para ajuste del pH), formaldehido, fenoxietanol, etanol y agua para inyectables.

Leer el prospecto antes de utilizar.

Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

Conservar en el refrigerador (entre 2°C y 8°C).

No congelar.

Instrucciones de uso: prevención conjunta de la difteria, del tétanos, de la tos ferina y de la poliomielitis.