

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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

Maladie

Dentaire

Nº P19- 045919

ND: 36594

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1308 Société : RAT

Actif  Pensionné(e)  Autre : MUPRAS

Nom & Prénom : LARABSI Dohammed 12 ADOUT 2020

Date de naissance : 24 Avril 1949

Adresse : 26 Rue LAFENIYAH OASIS CASA ACCUEIL

Tél. : 05 22 984722 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/07/2020

Nom et prénom du malade : LAARABI Youssef Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vascular

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) :

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14.7.20	CS	1	250	<i>M. NOUNA M'NDOU P.D.L.J. 11/07/2020 Aba 11/07/2020 122,85 F C 550 10,58</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ER HAFEDH DOLLA Rue 26 - Akadoum Mohammadi - CASABLANCA	10/07/20	5211,60 m

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 la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS											
				DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur NOUNA M'hamed****Pédiatre**

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens

Spécialiste des maladies du Nouveau-né

Nourrisson et L'Enfant

Asthme de l'enfant et Maladies

Allergiques

**الدكتور نونا احمد**

خريج كلية الطب بآميان

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيق)

أمراض الحساسية

البيضاء في

Casablanca, le ..... 11/07/2020

Nom/Prénom :

**LARABI****Youssef**

Poids :

132,60

Poids : 67,000 Kg

age :

Age : 17 ans

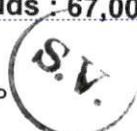
1) TETRAXIM VACCIN DTCOQP

Prendre 1 ampoule par jour

2) VARIVAX Pdr &amp; solv susp inj Fl pdre/1

Faire 1 injection par jour

522,60



دواء للأطفال  
PHARMACIE DE RABAT KASABLANCA  
DOSAGE: 1 حبة كل 10 أيام  
S. HAB 20. Alkabum SUC  
Dr. NOUNA M'hamed - CASA

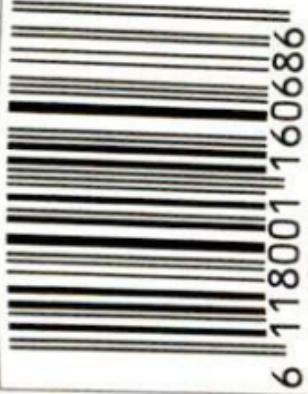
Dr NOUNA M'hamed  
PEDIATRE  
82, AV. Aba Chouâb Doukkali  
Aïn Chifa 11 Casab 20550  
Tel: 0522.85.10.58

Titulaire de l'AMM et fabricant/  
صاحب رخصة التسويق والمصنع  
Merck Sharp & Dohme Corp.  
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية/  
Formulation réfrigérée stable.

**Libéré par/**

يتم اصدار التشغيلة من قبل  
Merck Sharp & Dohme BV  
Waarderweg 39, P.O. 581  
2031 BN, 2003 PC Haarlem  
Pays-Bas/هولندا

VARIVAX® vaccin  
Suspension injectable  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
P.P.V : 390,00 DH  
AMM 280/14 DMP/21/NNP  
Distribué par MSD Maroc



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

# VARIVAX®

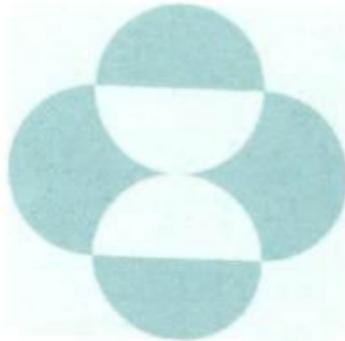
(Virus de la varicelle vivant atténué  
[souche Oka/Merck])

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et  
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour  
reconstitution.

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الاطفال

# فاريفاكس®

فيروس ذات الحماق حي موطن سلالة أوكا / ميرك  
قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح  
وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل



# TETRAXIM

Vaccin diphtérique, tétanique, contre la poliomyélite (inactivé), adsorbé et poliomyélite (inactivé) et contre la coqueluche (inactivé)

Suspension injectable (0,5 ml en seringue pré-remplie) / Suspension for injection (0.5 ml in pre-filled syringe)

One dose (0.5 ml) contains:

Diphtheria toxoid <sup>1)</sup>	≥ 30 IU
Tetanus toxoid <sup>2)</sup>	≥ 40 IU
Bordetella pertussis antigens	
Pertussis toxoid <sup>3)</sup>	25 micrograms
Filamentous haemagglutinin <sup>4)</sup>	25 micrograms
Poliomyelitis virus (inactivated)	
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU <small>(250E)</small>
- type 2 (MEF-1 strain)	8 DU <small>(200E)</small>
- type 3 (Saukett strain)	32 DU <small>(250E)</small>

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

TetraXim inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 134,60 DH



116001 080724

musculaire  
par route



SANOFI PASTEUR

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 polio-  
myelitis.



SANOFI



MANUF:

05052018

LOT:

R3K922V

EXP.:

04-2021

SN

136R2349MET4NC



PC/GTIN: 03664798022643

SANOFI PASTEUR  
14 Espace Henry Vallée  
69007 Lyon  
France