

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

**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° P19- 045803

ND: 39524

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12583

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUZZINE ALAA EDDINE

Date de naissance : 22/04/1985

Adresse : RES 6ème Etage, GH NALK ABIZA, INNA APPT 9, OULFA, CASABLANCA

Tél. : 0661349306

Total des frais engagés : 357,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Kawtar ERBIB**  
Médecin Spécialiste en Pédiatrie  
Bd Oued Derâa - Rue 52 N° 55 - 2ème Etage  
Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22 930 777

Date de consultation : 07/08/2020

Nom et prénom du malade : OUZZINE Faïf Eddine

Age : 35 ans 1/2

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : VACCIN

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 : Casablanca

Le : 08/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

1/09/2020



# 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                                                                                                              |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07/08/20        | C                 |                       | 20,00                           | <p><b>Docteur Kawtar KAD</b><br/> Médecin Spécialiste en Pédiatrie<br/> Qued Derâa - Rue 52 N° 55 - 2<sup>ème</sup> Etage<br/> Oujda - Casablanca - Tél.: 05 22 930 777</p> |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                             |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                             |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                             |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                             |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                               | Date     | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| <p><b>PHARMACIE SOULTANA</b><br/> Dr. Fatiha CHAFIQ<br/> bd. Qued Derâa - 2<sup>ème</sup> Etage 44 N° 5 -<br/> Quartier Gulte - Tél: 65 22 93 29</p> | 07/08/20 | 157,10                |
|                                                                                                                                                      |          |                       |
|                                                                                                                                                      |          |                       |
|                                                                                                                                                      |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

| 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 | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             | 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. Kawtar ERBIB**

**Spécialiste des maladies  
de l'enfant et du nourrisson**

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca

Ancien médecin résidente à l'Hôpital  
d'enfants à Casablanca



**د. كوثر اريب**

**اختصاصية في أمراض  
الطفل والرضيع**

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى

الأطفال بالدار البيضاء

## ORDONNANCE

Casablanca, le :

07/08/20

Age :

9m5/12

Nom :

OUZINE Rofeddine

Poids :

10kg200

27,30

1/- Keloderu creme

(SV)

60.00. 1 app x 2/1 fort 10 jours

21. Enteraeremuni

(SV)

1/2 amp x 2/1 7A 1 semaine

27,30

**Dr. Kawtar ERBIB**  
Spécialiste en Pédiatrie  
1, Oued Derâa - Rue 52, N° 55 - 2<sup>ème</sup> Etage  
Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22 930 777

شارع واد درعة. زنقة 52. رقم 55 الطابق الثاني - الألفة - الدار البيضاء

Bd, Oued Derâa, Rue 52, N° 55, 2<sup>ème</sup> Etage - Oulfa - Casablanca

Tél. : 0522 930 777 - Urgence : 0634 375 951



**Dr. Kawtar ERBIB**

**Spécialiste des maladies  
de l'enfant et du nourrisson**

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca

Ancien médecin résidente à l'Hôpital  
d'enfants à Casablanca



**د. كوثر اريب**

**اختصاصية في أمراض  
الطفل والرضيع**

**خريجة كلية الطب بالبيضاء**

**طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى**

**الأطفال بالدار البيضاء**

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 07/08/20

Age :

Nom : Azzine Saïfeddine

Poids :

9 mois 1/2  
10 kg 200 g

11 MMR



127,12

صيدلية سولطانا  
PHARMACIE SOULTANA  
Dr. Fatima CHAFIQ  
Bd. Oued Derâa - Z. Rue 44 N°8 -  
Quartier Oulfa - Tél. : 05 22 93 29 84

Docteur Kawtar ERBIB  
Médecin Spécialiste en Pédiatrie  
Bd. Oued Derâa - Rue 52 N° 55 - 2<sup>ème</sup> Etage  
Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22 930 777

شارع واد درعة، زنقة 52، رقم 55 الطابق الثاني - الألفة - الدار البيضاء  
Bd, Oued Derâa, Rue 52, N° 55, 2<sup>ème</sup> Etage - Oulfa - Casablanca  
Tél. : 0522 930 777 - Urgence : 0634 375 951

**Kétoderm®**

Respecter les doses prescrites

Ne pas avaler

Uniquement sur ordonnance

Ne pas laisser à la portée  
des enfants



**Kétoderm® 2 %**

Crème Tube de 10 g



6

Formule : Kétocконазол 2 g - excipient : sulfate de sodium (E221), propylène glycol, alcool stéarique, alcool cétyle, polysorbate 60, polysorbate 80, monostéarate de sorbitane, myristate d'isopropyle, eau purifiée, q.s.p. 100 g

**Kétoderm®** crème

kétocконазол\*

2 g pour 100 g

Tube de 10 g



**JANSSEN-CILAG S.A.**

Fabrique sous licence par

maphar - Casablanca - R. LAMRINI, Pharmacien

\* Découverte de la recherche JANSSEN



**KETODERM 2%**  
**CREME T 10G**

P.P.V : 27DH30



9

LOT : 20E006

PER.: 04 2023

100 ج 2

کتودرم

# Enterogermina®

10 flacons de 5 ml  
10 vials of 5 ml

2 milliards/5 ml - 2 billion/5 ml

Spores of *Bacillus clausii* polyantibio-résistantes

Spores of poly-antibiotic resistant *Bacillus clausii*

**Composition :** Un flacon contient :

2 milliards de spores de *Bacillus clausii* polyantibio-résistantes

Excipient : Eau purifiée q.s.p. 5 ml. Mode et voie d'administration: Voie orale

Agiter le flacon avant l'emploi. TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS

**Lire attentivement la notice avant utilisation.**

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Médicament non soumis à prescription médicale

**Composition:** Each bottle contains:

Spores of poly-antibiotic resistant *Bacillus clausii* 2 billion

Excipient: purified water q.s.f. 5 ml. Method and route of administration: For oral use.

Shake the bottle before use. KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN

**Read carefully the package insert before use.**

Do not store above 30°C.

Over-the-counter medicine.

**Indications thérapeutiques**

Enterogermina est utilisé pour :

- la prévention et le traitement de l'altération de l'équilibre normal de la flore bactérienne intestinale (dysmicrobisme intestinal) et des carences en vitamines dans l'organisme consécutives au déséquilibre de la flore bactérienne intestinale (dysvitaminoses endogènes) ;
- Le traitement d'appoint dans le rééquilibrage de la flore intestinale perturbée par une antibiothérapie ou tout autre traitement médicamenteux ;
- Le traitement des troubles digestifs aigus et chroniques survenant chez le nourrisson allaité en lien avec une intoxication, un déséquilibre de la flore microbienne intestinale (dysmicrobisme intestinal) ou une carence en vitamines (dysvitaminose).

**Therapeutic indications**

Enterogermina is used for:

- the prevention and treatment of the alteration of the normal balance of intestinal flora (gut microbiota) and vitamin deficiencies in the body resulting from the imbalance of intestinal flora (endogenous avitaminosis);
- coadjuvant treatment to restore intestinal microbial flora altered during treatment with antibiotics or chemotherapy;
- the treatment of acute and chronic gastro-intestinal diseases of infants caused by poisoning or alteration of the normal balance of intestinal flora (intestinal dysmicrobism) or vitamin deficiencies in the organism (avitaminosis).



**Posologie:** Adultes: 2-3 flacons par jour.

Enfants: 1-2 flacons par jour.

Nourrissons: 1-2 flacons par jour.

Prendre le contenu du flacon tel quel ou le diluer dans de l'eau ou une autre boisson.

Afin d'éviter toute altération du médicament, il doit être pris aussi rapidement que possible après ouverture du flacon.

**Posology:** Adults: 2-3 vials per day.

Children: 1-2 vials per day.

Infants: 1-2 vials per day.

Take the contents as it is or dilute it in water or any other beverage.

Once open, take the medicine within a short period of time in order to avoid the alteration of medicine.

**Sanofi S.p.A.**

Viale Luigi Bodio, 37/b

20158 Milan - ITALIE / ITALY

**Fabricant / Manufacturer / المصنع**

Sanofi S.p.A.

Viale Europa, 11

21040 Origgio (Va) - ITALIE / ITALY

**Ne pas injecter**

**Do not inject**

**يجب عدم الحقن**



**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Enterogermina, susp b 10 fl

P.P.V : 60,00 DH



## M-M-R® II

**Vaccin à virus vivant  
Rougeoleux, des oreillons et rubéoleux**

لقاح من ثلاثة فيروسات حية موهنة  
ضد الحصبة والنكاف والحميراء

Pendant le transport, le vaccin doit être maintenu à une température inférieure ou égale à 8°C.

أثناء النقل، يحفظ للقاح في درجة حرارة أقل أو تساوي 8 درجات مئوية

Conserver entre 2 et 8°C.

يحفظ في درجة حرارة تتراوح بين 2 و 8 درجات مئوية.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال

Médicament soumis à prescription médicale  
Ne contient pas de conservateurs.

بوصفة طبية

لا يحتوي على مواد حافظة

Après reconstitution, conservez dans un endroit sombre entre 2°C et 8°C. A UTILISER DANS LES 8 HEURES QUI SUIVENT SA RECONSTITUTION, SINON LE JETER.

بعد إعادة التشكيل، يحفظ في درجة حرارة بين 2 و 8 درجة مئوية بعيداً عن الضوء. يتم استخدامه في 8 ساعات بعد إعادة التشكيل. خلاف ذلك، تخلص منه.

Titulaire d'AMM au Maroc /  
صاحب رخصة التسويق في المغرب  
166-168, Bd zerkouni  
Casablanca -

Titulaire d'AMM et fabricant /  
صاحب رخصة التسويق و المصنع  
Merck Sharp & Dohme, Inc.  
770 Summerytown Pike,  
PA19486 West Point, Etats-Unis

Médicament autorisé N°  
144/14 DMP/21/NCI



Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرّف فقط بوصفة طبية - قائمة 1

Distribué par MSD Maroc, BP 136 Bouskoura

## M-M-R® II

**Vaccin à virus vivant  
Rougeoleux, des oreillons et rubéoleux**

لقاح من ثلاثة فيروسات حية موهنة  
ضد الحصبة والنكاف والحميراء



1 flacon unidose de 0.5 ml

1 flacon de solvant stérile de 0.7 ml

1 قنينة ذات جرعة واحدة من 0,5 ملتر

1 قنينة من المخفف المعقم 0,7 ملتر

Mise en garde: pour maintenir l'efficacité, le vaccin doit être reconstitué uniquement au moyen du diluant stérile fourni avec le produit

تنبيه: حفاظاً على الفعالية، يجب إعادة تشكيل اللقاح فقط مع

المخفف المعقم المزود مع المنتج  
DOSE USUELLE: injecter par voie sous-cutanée la totalité du contenu du vaccin reconstitué de préférence dans la face externe de la partie supérieure du bras.

الجرعة الاعيادية: يحقن تحت الجلد المحتوى الكامل من اللقاح المعاد تشكيله. يفضل أن يتم الحقن في الوجه الخارجي من الجزء العلوي من الذراع. لا يحقن داخل الأوعية الدموية.

Ne pas injecter par voie intravasculaire.

لا يحقن داخل الأوعية الدموية

Lire la notice avant utilisation

اقرأ النشرة قبل الاستعمال



**MSD**

M-M-R II VIAL & DIL®

Poudre et Solvant pour suspension injectable.

Boîte unitaire.

P.P.V : 157,10 DH

AMM N°: 144/14 DMP/21/NCI

Distribué par MSD Maroc

