

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

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.

ntaire :

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10370

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AKAA BOUNE NAOUAL

Date de naissance :

12-04-75

Adresse :

40 Bd de Bordeaux, CASA

Tél. :

0661136545 Total des frais engagés :

622,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHAFEI Lalla Nafika Age : 10 ans

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 : CASA

Le : 06/07/20

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

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 canalaires, 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			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553	
D					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Signature du praticien : Visuel en face avant du praticien					
Signature en face arrière du praticien					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-400754	
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		



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-400754

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 10370

Nom & Prénom AKAABOUNE NTOUTI

Fonction X PN Phones 0661136540

Mail chefeinawal@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient CHAFEI Lalla Nahika lyha

Adhérent Conjoint Enfant Age 10 ans Date 17.06.19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Vaccins.

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

6

200

N° 3, Bd. Ain Témouchent 1er étage Appt. N° 1 - Casablanca
Tel : 05 22 48 07 66 / 69 - 06 66 99 99 94
GSM : 06 61 14 45 00

PHARMACIE

Date 17/06/120

Montant de la facture

358,00

14,40

Dr. Abdelhak Zakir
Pédiatre
N° 3, Bd. Ain Témouchent 1er étage Appt. N° 1 - Casablanca
Tel : 05 22 48 07 66 / 69 - 06 66 99 99 94
GSM : 06 61 14 45 00

PHARMACIE DES TERRASSES MARINES
17, Rue El Ghazali
Casablanca

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

CACHET

Docteur Abdelhak ZAKIR
Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hôpitalier
des Hôpitaux de France
Diplômé en Réanimation Néo-Natale
Diplômé en Médecine Foetale
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير



إخلاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج كلية الطب بمونبولي
طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا
جاز في إنعاش الرضيع
جاز في طب الجنين
جاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

CHAFEE LALA MALIKA
LYLIA

Casablanca, le : 17/06/20

139.00

- Priorix.

219.00

- AVAXIM

358.00

PHARMACIE
17, Rue El Ghazali
Casablanca
SES MARINES

Dr. Abdelhak ZAKIR
Pédiatre
GSM : 06.61.14.45.00
Tél : 05.22.48.67.66 / 69 - 06.66.99.99.94
N°13 Bd. Aïn Taoujtate Tel el Gage Adrl. N°1 - Casablanca



LOT/MFD/EXP:

A69CE992A
05-2019
04-2021

Priorix™

The powder must be reconstituted with the solvent
La poudre doit être reconstituée avec le solvant
El polvo debe reconstituirse con el solvente

After reconstitution/Après reconstitution/Después de la reconstitución,

1 dose/dosis (0.5 ml) contains/contient/contiene:

Live attenuated measles virus (Schwarz strain)/ Virus de la rougeole vivant atténué (souche Schwarz)/ Virus vivo
atenuado del sarampión (cepa Schwarz) $\geq 10^{3.0}$ CCID₅₀/DICC₅₀

Live attenuated mumps virus (RIT4385 strain)/ Virus des oreillons vivant atténué (souche RIT 4385)/ Virus vivo
atenuado de la parotiditis (cepa RIT 4385) $\geq 10^{3.7}$ CCID₅₀/DICC₅₀

Live attenuated rubella virus (Wistar RA 27/3 strain)/ Virus de la rubéole vivant atténué (souche Wistar RA 27/3)/
Virus vivo attenuado de la rubéola (cepa Wistar RA 27/3) $\geq 10^{3.0}$ CCID₅₀/DICC₅₀

Neomycin sulphate is present as residual/ Résidu du procédé de fabrication : sulfate de néomycine/ Presenta
sulfato de neomicina como residuo

1 dose/dosis (0.5 ml)
Inj./Inyec.: S.C. / I.M.

Storage/Cons.: 2°C - 8°C

Do not freeze • Protect from light • Shake after reconstitution

Ne pas congeler • A conserver à l'abri de la lumière • Agiter après reconstitution

No congelar • Proteger de la luz • Agitar después de reconstituir

GloboSmithKline Biologicals s.a.
Rue de l'Institut, 89
B-1330 Rixensart, Belgium/ Belgique/
Bélgica

Priorix™

Measles, mumps and rubella vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection
Poudre et solvant pour solution injectable
Polvo y solvente para solución inyectable

Subcutaneous use or intramuscular use
Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire
Vía subcutánea o vía intramuscular

ID : 644411R2
GloboSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 139,20 DH
6 118001 140923



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles
1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles
1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

Read the package leaflet before use • Medicinal product subject to medical prescription • Keep out of the sight
and reach of children

Consulter la notice avant utilisation • Produit médicamenteux soumis à prescription médicale • A conserver hors
de la vue et de la portée des enfants

Antes de usar, leer el instructivo anexo • Producto medicinal sujeto a prescripción médica • Mantener fuera de
la vista y del alcance de los niños

55X24X433
A14

1 dose/dosis (0.5 ml)

Priorix™

Priorix is a trade mark of the GSK group of companies.
©2017 GSK group of companies



Virus de la hepatitis A, cepa GBM* (inactivado) **

80 U***

Para una dosis de 0,5 ml

- * Cultivada en células diploides humanas MRC-5
- ** Adsorbido en hidróxido de aluminio, hidratado (0,15 miligramos de Al)
- *** A falta de una referencia internacional normalizada, el contenido antigenico se expresa con la ayuda de una referencia interna



MANUF.

300112019

LOT:

T3A783V

EXP/AD:

12-2021

SN:

136R256CH41HVH



- Agitar antes de inyectar • Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento • Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños • Conservar en el refrigerador (entre 2 °C y 8 °C) • Conservar la jeringa en el embalaje exterior al abrigo de la luz • No congelar • Prevención contra la infección provocada por el virus de la hepatitis A en niños de 12 meses a 15 años de edad • El producto no utilizado o desecharido se debe eliminar conforme a la normativa vigente.

SANOFI PASTEUR
14 Espace Henry Vallée,
69007 Lyon - France

PCUTIN: 0364798022711

BB

Ref. 742700

Hepatitis A virus, GBM strain* (inactivated) **
80 U***

For one dose of 0.5 ml.

- * Cultured on MRC-5 human diploid cells
- ** Adsorbed on hydrated aluminum hydroxide (0.15 milligrams of Al)
- *** In the absence of an international standardised reference, the antigen content is expressed using an in-house reference.

2-Phenoxyethanol, formaldehyde and Hanks medium 199 without phenol red (a complex mixture of amino acids (including phenylalanine), mineral salts, vitamins and other components), supplemented with polysorbate 80 and diluted in water for injections, with a pH adjusted with hydrochloric acid or sodium hydroxide.

- Shake before injection • Read the package leaflet before use • Keep out of the sight and reach of children • Store in a refrigerator (2°C - 8°C) • Keep the syringe in the outer package, protected from light • Do not freeze • Prevention of the infection caused by the hepatitis A virus in children aged from 12 months to 15 years • Any unused product or waste material should be disposed of in accordance with local requirements.

AVAXIM 80 U
Pediatric/Pediátrico

AVAXIM 80 U
Pediatric/Pediátrico
Hepatitis A vaccine (inactivated)
Vacuna contra la hepatitis A (in
Suspension for injection in pre-filled
Suspensión inyectable en jeringa pre
Intramuscular route/Vía intramuscul

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.
Ain sebaâ Casablanca
Avaxim 80 inj b1 ser 0,5 ml
PPV : 219,00 DH



6 118001 081356

SANOFI PASTEUR

AVAXIM 80 U
Pediatrico



14.40

trivement cette
ortantes pour v
urs prendre ce
te notice ou pa
tice, vous pour
otre pharma
t l'un des effe
ous remarqu
adresser à v
moins bien
ve est :

s sont :
monoglyc
re.

DOLIPRANE

SACHET-DOSE ET DANS QUE

Classe pharmacothérapeutique
AUTRES ANALGÉSIQUES et A

Indications thérapeutiques

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur dentaire, courbatures, règles douloureuses.

Cette présentation est réservée aux enfants de 8 ans et plus.

Pour les enfants pesant moins de 10 kg, demandez conseil au pharmacien.

3. QUELLES SONT LES INFORMATIONS SUR LE DOLIPRANE ?

Liste des informations nécessaires à la prise de ce médicament.

Si votre médecin vous a informé de prendre ce médicament, il vous suffit de prendre ce médicament.

Contre-indications

Ne prenez jamais DOLIPRANE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

EN CAS DE DOUCEUR, IL EST IMPRÉCISÉ DE CONSULTER LE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Mises en garde spéciales et précautions d'emploi

Faites attention avec DOLIPRANE : ne pas dépasser la dose recommandée.

Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise immédiate de ce médicament, il est recommandé de consulter le médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. Ne pas dépasser la dose recommandée.

Précautions d'emploi

• Si la douleur persiste plus de 5 minutes, il est recommandé de consulter le médecin.

• Avant de débuter un traitement, il est recommandé de consulter le médecin.

• Prévenez votre médecin en cas de surdosage.

• Prévenez votre médecin si vous avez une maladie du foie.

INDICATIONS, Fréquence d'administration et Durée

à l'enfant à partir de 27 kg (environ à 3 ans) et jusqu'à 10 mg/kg toutes les 4 heures.

ids de l'enfant; les âges sont mentionnés

ant, il faut le peser afin de lui donner la

ges, permettant d'adapter le traitement au

ndée est d'environ 60 mg/kg/jour, à répartir

es 6 heures ou 10 mg/kg toutes les 4 heures.

(enfants de 8 à 13 ans), la posologie est de 1 sachet à

de 6 heures, sans dépasser 4 sachets par jour.

(enfants de 12 à 15 ans), la posologie est de 1 sachet à

de 4 heures, sans dépasser 6 sachets par jour.

supérieur à 50 kg (à partir d'environ 15 ans);

10 mg par prise (selon l'intensité de la douleur),

l'heure minimum.

oser 3 g de paracétamol par jour, soit 6 sachets

à doses intenses, et sur conseil de votre médecin.

1 g par jour, soit 8 sachets par jour.

par jour nécessitent un avis médical.

RACETAMOL PAR JOUR, (en tenant

paracétamol dans leur formule).

moins entre les prises.

ce rénale sévère), les prises doivent être

par jour ne doit pas dépasser 6 sachets (3 g).

der 60 mg/kg (sans dépasser 3 g) par jour.

Docteur Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant & Ancien Praticien Hôpitalier

des Hôpitaux de France

Diplômé en Réanimation Néo-Natale

Diplômé en Médecine Foetale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بمنيولبي

طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا

مجاز في إنعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسى

Casablanca, le : 17 JUIN 2020

دلاعنة ١٢٦٣٥

دلاعنة ١٢٦٤٠

Gde. Pharmacie de Paris
Mme. BEN YOUSSEF Naima
60, Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca
Tél. : 0522 27 42 10 - 0522 26 04 26

