

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-555035

ND: 34385
SN

END

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12684 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZINEH Houda

Date de naissance : 20/05/1982

Adresse : Im 28, Apt 3, Lot Attalamar, EPouffu
20240, Casablanca

Tél : 0662614880 Total des frais engagés : 853,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/07/2020

Nom et prénom du malade : Saoussa Jaber Age: 38 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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'att. 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 Le : 22/07/2020

Signature de l'adhérent : [Signature]



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 prothèse ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-397834	
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	



W18-397834

DATE DE DEPOT

22/07/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12634	
Nom & Prénom		ZRINEH Houda	
Fonction :	Manager	Phones 0662614380	
Mail		hzrineh@royalairmaroc.com	
MEDECIN		Prénom du patient SAASSAA JAMA	
Adhérent	Conjoint	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 20-07-20	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C			200,00
PHARMACIE		Date 20/07/2020	
Montant de la facture		653,50	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. MORJANE Fadila
Pharmacie ATTADAMOUNE
Projet Attadameune Imm. B.Y
Mag. N° 1, Al Wafak - Témara
Tél : 05397 81 06 82
INPE : 102012184

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 الأطفال و الرضع و حديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى الأطفال بالرباط

Témara le, 26-07-2020

Saassaa Jana

186,90

①

- Harim Junior

411,00

②

- Hevanim

55,60

③

- Delogel 1^{er} deuto

3x1j

653,50

IMPRIMERIE ATADAMONIE
B1
Témara
M. Attadamonie - Témara
N° 05 37 61 06 62
Tél : 05 37 61 06 62
N° 102012184

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

☎ 06 61 29 00 67. ☎ 05 37 62 75 75. ✉ docteurmorjane@gmail.com

gsk

HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

Vaccin de l'hépatite A (inactivé, adsorbé)

Suspension injectable en seringue préremplie (0,5 ml)

Voie intramusculaire

HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

Composition : 1 dose (0,5ml) contient :Virus de l'hépatite A, souche HM 175 (inactivé)^{1,2} 720 U*¹ produit sur cellules diploïdes humaines (MRC-5)² adsorbé sur hydroxyde d'aluminium (0,25 mg Al³⁺)

* unités mesurées selon la méthode interne du fabricant.

Excipients : Polysorbate 20, acides aminés, phosphate disodique, phosphate monopotassique, chlorure de sodium, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables.

498304

HAVRIX 720 U/0,5 ml

NOURRISSONS ET ENFANTS

Après ouverture : le produit doit être utilisé immédiatement.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C).

Ne pas congeler.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

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



ID : 644409
 GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV : 186 90 DH
 6 118001 140619

LOT/MFD/EXP

AHAVC015AT
02-2019



Hexaxim

1 syringe/jeringa - 0.5 ml
1 dose/dosis

Una dosis (0,5 ml) contiene:

- Toxoide diftérico ≥ 20 UI
- Toxoide tetánico ≥ 40 UI
- Antígenos de *Bordetella pertussis*:
 - Toxoide pertúsico/ Hemaglutinina 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.: 16052018
LOT: R3F972V
EXP/CAD: 04-2021

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2
AIG SP
P.P.V: 411,00 DH



6 118001 082063

1 syringe - 0.5 ml - 1 dose

Hexaxim



25 ml e 0,85 Fl.Oz



dologel
GEL GINGIVAL
جل اللثة

Laboratoires
GILBERT



IG 235796 - 34x27x108 SP
EM 12/18

❶ DOLOGEL gingival massage gel is used for mouth irritations and lesions and during baby's teething periods.
Store below 30°C. Do not use after the expiry date stated on the box. Carefully read the leaflet. KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

❷ El gel de masaje gingival DOLOGEL se utiliza en caso de irritación y lesiones de la boca y desde las primeras manifestaciones del recién nacido.
Conservar a temperatura inferior a 30°C. No superar la fecha de caducidad indicada sobre el envase. Leer atentamente el folio. GUARDAR FUERA DEL ALCANCE Y DE LA VISTA DE LOS NIÑOS.

❸ Дологел е масажен гел за венци, предизвикан за употреба в случаи на раздразнения и лезии в устата и при бозанежно пробиване на първите зъби в кърмаческа възраст.
Да се съхранява при температура под 30°C. Да не се надвишава дадената дата на годност. Отделно да се пази от децата.

Прочетете внимателно листовката.
ДА СЕ СЪХРАНЯВА НА МЯСТО, НЕДОСТЪПНО ЗА ДЕЦА.
СЪСТАВ: ЕКСТРАКТ ОТ ВЪЛЕРИНА (VALERIANA OFFICINALIS) 5%, ЕКСТРАКТ ОТ ЛАЙКА (CHAMOMILLA RECUTITA) 5%, ЕКСТРАКТ ОТ ПРОПИОНИК 5%, ЕКСЦИПЕНТИ.



dologel
GINGIVAL GEL
GELU GINGIVAL
OPATNI TEN

25 ml e 0,85 Fl.Oz

ZENITH Pharma
PPC : 55,60 DH

Laboratoires
GILBERT

❶ Le gel de massage gingival DOLOGEL est à utiliser en cas d'irritations et lésions de la bouche et dès les premières poussées dentaires du nourrisson. Conserver à une température inférieure à 30°C. Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée sur l'étui. Lire attentivement la notice. TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

COMPOSITION - COMPOSICIÓN :

VALERIANA OFFICINALIS EXTRACT 5%, CHAMOMILLA RECUTITA EXTRACT 5%, PROPOLIS CERA EXTRACT 5%, EXCIPIENTS q.s. 100%.

❷ Este gel de masaje gingival (Dologel) se utiliza en caso de irritación y lésiones de la boca y desde las primeras manifestaciones del recién nacido.
Conservar a una temperatura inferior a 30°C. No superar la fecha de caducidad indicada sobre el envase. Leer atentamente el folio. GUARDAR FUERA DEL ALCANCE Y DE LA VISTA DE LOS NIÑOS.

COMPOSICIÓN - COMPOSICIÓN :

VALERIANA OFFICINALIS EXTRACT 5%, CHAMOMILLA RECUTITA EXTRACT 5%, PROPOLIS CERA EXTRACT 5%, EXCIPIENTS q.s. 100%.



Laboratoire Gilbert

14200 Marseille Cedex 16
France