

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-545353

ND: 34089

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11463

Société :

royal air maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

DAHBI KAMAL

Date de naissance :

14/07/1975

Adresse :

11, me Ibn roumi Farah 1 Settat

Tél. :

0661766475

Total des frais engagés :

758,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ABIL FATHALLAH  
Pédiatre  
Généraliste  
OULFA - CASABLANCA  
Tél : 05 22 20 45 45 - Urgences : 06 86 48 76 57

Date de consultation :

25/06/2020

Nom et prénom du malade :

DAHBI MERYEM

Age: 15 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Paleur / Anémie + Vaseux

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 25/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
25/06/2020	C2	1	250	INP : 081040386

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chorfa KAL2 ROUTE D'AZEMOUR CHATELAIN 052225383	25/06/2020	508,4

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

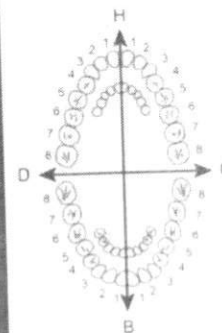
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

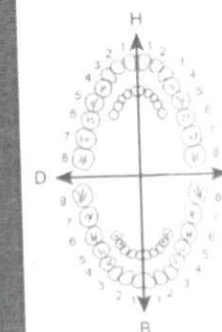
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Therapeutique, necessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

*Docteur Adil Fath Allah*  
*Pédiatre*

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd  
Ex-Chef de service de Pédiatrie Hôpital Hassani



الدكتور عادل فتح الله  
إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع  
طبيب سابق بمستشفى الأطفال ابن رشد  
رئيس سابقا لقسم الأطفال بمستشفى الحسني

25.06.2020

Casablanca le : .....

**DAHBI Meryem**

Age : 15 ans

Poids : 44,00 Kg

**1 -TETRAXIM VACCIN**

1244, w

1 inj IM

**2 -VARIVAX pdre/solv p susp inj : FI pdre/1**

364, w

1 inj IM

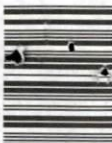
508, w

PHARMACIE CHORFA  
BOUAR CHORFA M27  
ROUTE D'AZEMMOUR SIDI  
RAHAL CHAT II 0522969385

**Docteur Adil FATHALLAH**  
**Pédiatre**

Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm. 65 GH. 7  
OULFA - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 91 00 30 - Urgences : 06 66 48 76 67





# TETRAXIM

Suspension injectable en seringue préremplie

## VACCIN DIPHTÉRIQUE, TÉTANIQUE, COQUELUCHEUX (ACELLULAIRE, MULTICOMPOSÉ) ET POLIOMYÉLITIQUE (INACTIVÉ), ADSORBÉ

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de faire vacciner votre enfant, car elle contient des informations importantes.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
  - Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, interrogez votre médecin.
  - Ce vaccin a été prescrit à votre enfant uniquement. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre.
  - Si votre enfant ressent un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin.
- Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Tetraxim inj b1 ser 1 dose

P.P.V. : 144,00 DH



### Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que TETRAXIM et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser TETRAXIM ?
3. Comment utiliser TETRAXIM ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TETRAXIM ?
6. Informations supplémentaires

### I. QU'EST-CE QUE TETRAXIM ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

TETRAXIM est un vaccin. Les vaccins sont utilisés pour protéger contre les maladies infectieuses.

Quand TETRAXIM est injecté, les défenses naturelles du corps développent une protection contre ces maladies.

TETRAXIM est indiqué pour aider votre enfant à se protéger contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite.

TETRAXIM est indiqué chez les enfants à partir de l'âge de 2 mois.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER TETRAXIM ?

Pour être sûr que ce vaccin convient à votre enfant, il est important de dire à votre médecin ou votre pharmacien si les points décrits ci-dessous s'appliquent à votre enfant.

#### N'utilisez jamais TETRAXIM :

- si votre enfant est allergique (hypersensible) :
  - à l'un des composants du vaccin (dont la liste figure en rubrique 6 «Informations supplémentaires») au glutaraldéhyde, à la néomycine, à la streptomycine ou à la polymyxine B (utilisés lors de la fabrication et qui peuvent être présents à l'état de traces),
  - à un vaccin coquelucheux (acellulaire ou germe entier),
- si votre enfant a eu une réaction allergique après une injection du même vaccin ou d'un vaccin contenant les mêmes substances,
- si votre enfant est atteint d'une encéphalopathie évolutive (lésions cérébrales),
- si votre enfant a souffert d'encéphalopathie (lésions cérébrales) dans les 7 jours après une dose précédente d'un vaccin coquelucheux à germe entier ou acellulaire,
- si votre enfant présente de la fièvre ou une maladie qui est survenue brusquement (maladie aiguë), dans ce cas, il est préférable de différer la vaccination.

#### Mise en garde et précautions d'emploi

Adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien avant d'utiliser TETRAXIM dans les cas décrits ci-dessous.

- si votre enfant présente des défenses immunitaires affaiblies, ou s'il suit un traitement avec des corticoïdes, des médicaments cytotoxiques, de la radiothérapie ou d'autres traitements susceptibles d'affaiblir son système immunitaire : la réponse immunitaire peut alors être diminuée. Il est alors recommandé d'attendre la fin du traitement ou de la maladie pour vacciner. Néanmoins, la vaccination est recommandée chez les sujets présentant une immunodépression chronique, telle qu'une infection par le VIH, même si la réponse immunitaire risque d'être limitée.
- si votre enfant a présenté un syndrome de Guillain-Barré (sensibilité anormale, paralysie) ou une neuropathie du plexus brachial (paralysie, douleur diffuse au niveau du bras et de l'épaule) après l'injection d'un vaccin contenant de l'anatoxine tétanique (vaccin contre le tétanos) ; la décision d'administrer de nouveau un vaccin contenant l'anatoxine tétanique dans ce cas sera évaluée par votre médecin,
- si votre enfant présente des troubles sanguins tels qu'une diminution du nombre des plaquettes (thrombocytopénie) ou des troubles de la coagulation, en raison du risque de saignement qui peut survenir lors de l'administration intramusculaire,
- si votre enfant présente ou a présenté des problèmes médicaux ou des allergies en particulier une réaction allergique à la suite d'une injection de TETRAXIM,
- si votre enfant a présenté l'un des événements suivants après une administration précédente de ce vaccin, alors la décision d'administrer d'autres doses de vaccin contenant une valence coquelucheuse devra être soigneusement évaluée par votre médecin :
  - Fièvre supérieure ou égale à 40°C dans les 48 heures après la vaccination, sans autre cause identifiable.
  - Collapsus ou état évoquant un état de choc avec épisode d'hypotonie-hyporéactivité (baisse de tonus) dans les 48 heures suivant la vaccination.
  - Cris persistants, inconsolables pendant une durée de 3 heures ou plus, survenant dans les 48 heures après la vaccination.
  - Convulsions avec ou sans fièvre, survenant dans les 3 jours après la vaccination.
- si votre enfant a déjà présenté des convulsions accompagnées de fièvre, non liées à une injection vaccinale antérieure ; il est particulièrement important dans ce cas de surveiller sa température dans les 48 heures suivant la vaccination et de lui donner régulièrement un traitement permettant de diminuer la fièvre, pendant 48 heures.

relatives à VARIVAX®. Veuillez lire avant de vous faire vacciner ou de faire vacciner votre enfant. Si vous avez toutes autres questions à propos du vaccin après avoir lu ce prospectus, veuillez-vous adresser à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci n'est qu'un résumé et ne remplace aucunement une discussion avec votre médecin ou votre pharmacien au sujet de VARIVAX. Seul votre médecin peut décider si VARIVAX vous convient ou convient à votre enfant.

### **Qu'est-ce que VARIVAX et comment agit-il?**

VARIVAX est également connu sous le nom de vaccin à virus vivant contre la varicelle. Il s'agit d'un vaccin à virus vivant administré sous forme d'injection. Il contribue à prévenir la varicelle.

VARIVAX contient une forme affaiblie du virus de la varicelle.

VARIVAX agit en aidant le système immunitaire à vous protéger ou protéger votre enfant contre la varicelle.

VARIVAX peut ne pas protéger tous ceux qui le reçoivent.

VARIVAX ne traite pas la varicelle une fois que vous ou votre enfant l'aurez contractée.

### **Que faut-il savoir sur la varicelle?**

La varicelle est une maladie qui survient le plus souvent chez les enfants âgés de 5 à 9 ans. Elle peut être transmise aux autres personnes. La maladie peut entraîner des maux de tête, de la fièvre

**VARIVAX®**  
poudre et solvant pour suspension injectable,  
flacon unitaire (0,5 ml après reconstitution) Boîte unitaire  
P.P.V.: 364,00 DH  
N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF  
Distribué par MSD Maroc



... administré sous forme d'injection  
e 12 mois ou plus. Si  
2 mois et 12 ans et que  
deuxième dose, celle-ci  
oins 3 mois après la pre

doit être administrée  
vaccin la première fois à

de 13 ans ou plus. Cette deuxième dose doit  
administrée 4 à 8 semaines après la première

Votre médecin ou praticien se référeront  
recommandations officielles pour déterminer  
nombre d'injections nécessaires et quand  
recevoir.

En cas d'oubli d'une dose, votre médecin  
informera du moment idéal pour la recevoir.

### **Que devez-vous ou votre enfant éviter après l'administration de VARIVAX ?**

Ne prenez pas de l'aspirine ou des produits  
contenant de l'aspirine pendant 6 semaines après  
avoir reçu VARIVAX.

Il est rare, mais possible, de transmettre le virus  
la varicelle à d'autres personnes, après avoir  
le vaccin. Essayez d'éviter, autant que possible,  
tout contact avec certains groupes de personnes  
jusqu'à six semaines après avoir reçu le vaccin.  
Ceci en raison de la sévérité de la maladie chez  
certains groupes de personnes. Ces groupes comprennent

- les personnes ayant un système immunitaire  
affaibli.