

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 059055

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10397 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHARSASSI HASNA

Date de naissance : 12.07.1974

Adresse : JNANE CALIFORNIE ENUREUR 1  
APPT 13 AIN CHOCK CASABLANCA

Tél. : 0661602290 Total des frais engagés : 832,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZIZI Abdelali  
PEDIATRE  
57, Rue Omar Sjaoui - CASA  
Cab. : 0522 27 52 54 - D. : 0522 50 50 04

Date de consultation : 05/05/2023

Nom et prénom du malade : BEJDADI AMIR Age : 05 ans

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

Nature de la maladie : top. Abdomen

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 : 05/05/2023


Signature de l'adhérent(e) :



### 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
05.05.23	R	2	250011	Docteur ZIZI Abdelali PEDIATRE 57, Rue Omar Sialou - CASA Cab.: 0522 27 52 54 - D.: 0522 50 50 04

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/05/23	582,80
		092058908

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

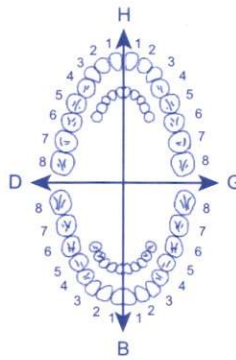
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

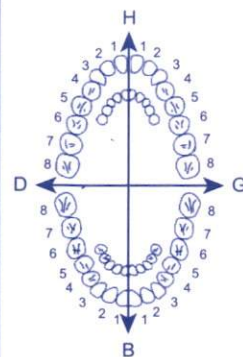
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Abdelali ZIZI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

## PEDIATRE

57, Rue Omar Slaoui

CASABLANCA

Tél Cab : 05 22 27 52 54



الدكتور عبد العالي الزيزي

أمراض الأطفال و الرضيع

57. زنقة عمر السلاوي

الدار البيضاء

الهاتف. ع: 05 22 27 52 54

Casablanca le : - 5 MAI 2023

BEJDADI AMIR



15.80

1. Doliprane 500

$\frac{1}{2}$  cp deux x 3 fois

567100

2. Niveur



= 582.80

Docteur ZIZI Abdelali  
PEDIATRE

57, Rue Omar Slaoui - CASA  
Cab.: 0522 27 52 54 - D.: 0522 50 50 04



IDEMCO

Doliprane 500 mg ○  
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur  
et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°: 746/15DMP/21/NRQ

b bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**Doliprane®**  
PARACETAMOL 500 mg

**16 comprimés effervescents**

**DOULEURS ET FIEVRE**



Adulte et enfant  
à partir de 27 Kg



Adulte et enfant  
à partir de 27 Kg

31x31x110  
13

16 comprimés  
effervescents

Doliprane®  
PARACETAMOL 500 mg



**COMPOSITION :**

Paracétamol ..... 500 mg  
 Excipients ..... qsp 1 comprimé effervescent

**INDICATIONS :**

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 Kg (soit environ à partir de 8 ans).

**POSOLOGIE :**

Lire attentivement la notice.

**VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

Vole orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

Boire immédiatement après.



Adulte et enfant  
à partir de 27 Kg

04/16  
100027

**دوليبيران®**  
 باراسيتامول 500 ملغ

16 قرصا فوارا



للکبار والأطفال  
ابتداءً من 27 كلغ

08/16  
100027

بوتني فرم  
 82، ممر الكازباريناس - ميم السبع - الدار البيضاء  
 م. البشوشي - ميداني ممزول

b

الأوجاع والحمى



Nimenrix®

Après reconstitution, 1 dose (0,5 ml) contient 5 microgrammes de polysides de *Neisseria meningitidis* des groupes A, C, W-135 et Y.

Excipients : saccharose, trométamol, chlorure de sodium, eau pour préparations injectables.

**A conserver au réfrigérateur.** Ne pas congeler. A conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C), à l'abri de la lumière.

Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Eliminer conformément à la législation en vigueur.

**RESPECTES LES DOSES PRECRITES**

Liste I. Uniquement sur ordonnance

PAA135193

NIMENRIX 1 Dose (0,5ml)  
P.P.V : 567DH00  
6 118001 171408  
Laboratoires  
Pfizer S.A.



**Titulaire de l'Autorisation de mise sur le marché et fabricant**

Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché :  
Laboratoires Pfizer S.A.  
km 0,5 , Route de Oualidia  
BP 35, 24 000  
El Jadida, Maroc.

Fabricant responsable de la libération des lots :  
Pfizer Manufacturing Belgium N.V.  
Rijksweg 12 B-2870 Puurs  
Belgique







**Nimenrix®**

Poudre et solvant pour solution injectable en seringue préremplie

Vaccin méningococcique conjugué des groupes A, C, W-135 et Y

**Nimenrix®**

Poudre et solvant pour solution injectable en  
seringue préremplie

Vaccin méningococcique conjugué des groupes A,  
C, W-135 et Y

1 dose / (0,5 ml)

LOT  
DATE  
BON  
NIMENRIX  
Pfizer

1 seringue préremplie : solvant • 1 flacon :  
poudre • 2 aiguilles.

Après reconstitution, utiliser rapidement.  
Bien agiter avant utilisation. Voie intramusculaire.

**Pfizer**

LOT/EXP:

EN8077  
07/2024