

# 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0057581

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8444 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZAOUER ALI  
Date de naissance : 24/12/1967  
Adresse : 6 - RUE ABDELKRIM RAÏSS FRANCE  
VILLE II - CASABLANCA  
Tél. : 0652828332 Total des frais engagés : #592,20 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/06/23  
Nom et prénom du malade : ZAOUER ISMAIL Age : 70 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Nautisme  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : 13/06/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
17/01/23		6	23000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/2023	342,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

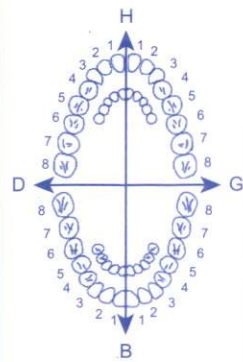
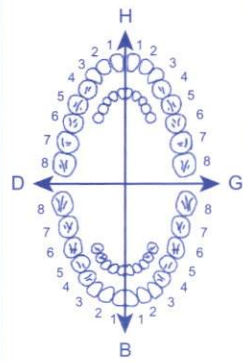
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

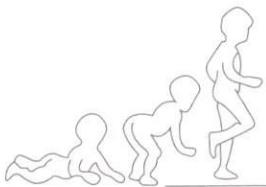
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Khalid AMAR**

**Pédiatre**

Spécialiste de l'Asthme  
et des maladies allergiques  
de l'enfant



**الدكتور خالد عمار**

إختصاصي في أمراض الطفل  
أمراض الحساسية عند الطفل  
مرض الربو ( الضيق )

Casablanca le .....10/06/2023.....في الدار البيضاء

**Enfant Ismail ZAOUER**

Age : 7 ans

Poids : 43,000 kg

1 boîte

1) PRIORIX

2) AVAXIM (80-UI) SER 0.5ML

1 injection en IM

PHARMACIE Ouarda SAHRAOUI  
Docteur en Pharmacie  
46, allée des CASURINAS - Ain Boudia - Résidence  
Prox Clinique Ain Boudia - Douar (Nouvelles)  
Tél: 05 22 35 27 40

Dr Khalid AMAR  
Pédiatre  
Casablanca - Tél: 0522 47 45 72  
12, Bd Zerkouni, 4<sup>ème</sup> Etage, N° 12

72. شارع الزركطوني الطابق الرابع. الرقم 12. ( قرب سوق الورود ). الدار البيضاء  
72, Bd Zerkouni. 4<sup>ème</sup> Etage, N° 12 ( en face du marché aux fleurs ) - Casablanca  
Tél. : 0522 47 45 72 - G.S.M : 0661 41 15 87 - E-mail : dr.amarkhalid.cabinet@gmail.com

# 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**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:139,20 DH  
6 ID:651893  
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

1 dose/dosis (0.5 ml)

# Priorix

Trade marks owned or licensed by GSK  
©2019 GSK or licensor

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

55x24x133  
A14

15



LOT/MFD/EXP:

A69CF528A

09-2022

08-2024

# Priorix

gsk

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)  $\geq 10^{3.0}$  CCID<sub>50</sub>/DICC<sub>50</sub>

Live attenuated mumps virus (RIT4385 strain)/ Virus des oreillons vivant atténué (souche RIT 4385)/ Virus vivo  
atenuado de la parotiditis (cepa RIT 4385)  $\geq 10^{3.7}$  CCID<sub>50</sub>/DICC<sub>50</sub>

Live attenuated rubella virus (Wistar RA 27/3 strain)/ Virus de la rubéole vivant atténué (souche Wistar RA 27/3)/  
Virus vivo atenuado de la rubéola (cepa Wistar RA 27/3)  $\geq 10^{3.0}$  CCID<sub>50</sub>/DICC<sub>50</sub>

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 well after reconstitution

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

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

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.

Rue de l'Institut, 89

B-1330 Rixensart, Belgium/ Belgique/

Bélgica

498747



Virus de l'hépatite A, souche GBM\* (inactivé) \*\*  
..... 80 unités ELISA\*\*\*

Pour une dose de 0,5 ml

- \* Cultivée sur cellules diploïdes humaines MRC-5
- \*\* Adsorbé sur hydroxyde d'aluminium, hydraté (0,15 milligrammes d'Al<sup>3+</sup>)
- \*\*\* En l'absence de référence internationale standardisée le contenu antigénique est exprimé à l'aide d'une référence interne

Hepatitis A virus, GBM strain\* (inactivated) \*\*  
..... 80 ELISA units\*\*\*  
For one dose of 0.5 ml

- \* Cultured on MRC-5 human diploid cells
- \*\* Adsorbed on hydrated aluminium hydroxide (0.15 milligrams of Al<sup>3+</sup>)
- \*\*\* In the absence of an international standardised reference, the antigen content is expressed using an in-house reference

Virus de la hepatitis A, cepa GBM\* (inactivado) \*\*  
..... 80 unidades ELISA\*\*\*  
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<sup>3+</sup>)
- \*\*\* A falta de una referencia internacional normalizada, el contenido antigénico se expresa con la ayuda de una referencia interna

195 769828

## AVAXIM 80 U

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Avaxim 80 Inj b1 ser 0,5 ml  
PPV : 203,00 DH



**c/Pédiátrico**

**ctivé, adsorbé)**

**/ated, adsorbed)**

**A (inactivada, adsorbida)**

remplie (0,5 ml) avec aiguille - 1 dose  
yringe (0.5 ml) with needle - 1 dose  
argada (0,5 ml) con aguja - 1 dosis

Voie intramusculaire  
Intramuscular route  
Vía intramuscular



**AVAXIM 80 U**  
**Pédiatrique/Pediatric**  
1 dose

**SANOFI PASTEUR**

1 dose  
**AVAXIM 80 U**  
**Pédiátrico**

Excipients: 2-Phénoxyethanol, éthanol\*, formaldéhyde, milieu 199 Hanks sans rouge phénol (mélange complexe d'acides aminés (incluant la phénylalanine\*), de sels minéraux, de vitamines et d'autres composants, incluant le potassium) supplémenté avec du polysorbate 80, dilué dans de l'eau pour préparations injectables, avec un pH ajusté avec de l'acide chlorhydrique\* ou de l'hydroxyde de sodium\*.

\* Lire la notice pour plus d'informations.

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

\* Read the package leaflet for more information.

Excipientes: 2-fenoxietanol, etanol\*, formaldehído, medio 199 Hanks sin rojo fenol (mezcla compleja de aminoácidos (que incluye la fenilalanina\*), de sales minerales, de vitaminas y de otros componentes incluido el potasio) suplementado con polisorbato 80 y diluido en agua para inyectables con un pH ajustado mediante ácido clorhídrico\* o hidróxido de sodio\*.

\* Leer el prospecto para más información.

Agiter avant injection. Lire la notice avant utilisation. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. A conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Ne pas congeler.

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

Prévention contre l'infection provoquée par le virus de l'hépatite A chez l'enfant de 12 mois à 15 ans.

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation en vigueur.

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). Do not freeze.

Keep in the original packaging, protected from light.

Prevention of the infection caused by 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.

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 nevera (entre 2°C y 8°C). No congelar.

Conservar en el embalaje de origen para protegerla de la luz.

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 desechado se debe eliminar conforme a la normativa vigente.

**SANOFI PASTEUR** - 14 Espace Henry Vallée - 69007 Lyon - France/Francia

PC/GTIN: 03664798014112

MANUF: 11112020

LOT/LOT: U3P112V

EXP/CAD: 10-2023



SN: 13603C7990CHE3

21

21