

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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'Horizon  
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

N° W19-533615

ND:33321

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Casablanca

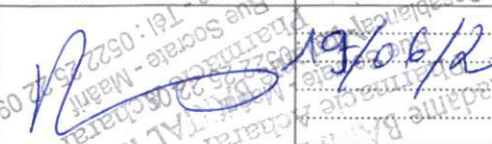
Le : 15/10/2020

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
19-6-10	C2	1	250	INP : 

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/06/10	711,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

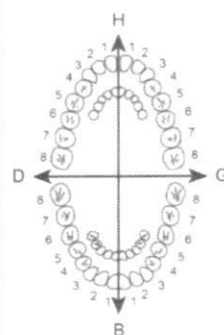
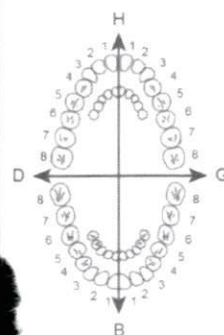
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	INP : <input type="text"/>														
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Dr. El Hassan EL BENNA

**PEDIATRE**

Diplômé de l'Université de Bordeaux II  
D.U. d'Urgence et Réanimation  
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 19-6-2020

Zyad A. Kech Kech

364,1~

- Varivax



186,92

- Havrin



139,22

- Priorine



20,92

- Vitamine D3

B.O.N.



711,1~

Casablanca - Rue Socrate - Tél: 0522 25 12 06  
Dr. EL HASSAN EL BENNA  
PEDIATRE  
34, Rue Socrate Rés. SABAH  
Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 25 12 06

Dr. EL BENNA EL Hassan  
PEDIATRE  
34, Rue Socrate Rés. SABAH  
Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 25 12 06

# 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  
GlaxoSmithKline 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

# Priorix™



1 dose/dosis (0.5 ml)

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



# HAVRIX 720 U/0,5 ml

## NOURRISSONS ET ENFANTS

**Composition :** 1 dose (0,5ml) contient :

Virus de l'hépatite A, souche HM 175 (inactivé)<sup>1,2</sup>.....720

<sup>1</sup> produit sur cellules diploïdes humaines (MRC-5)

<sup>2</sup> adsorbé sur hydroxyde d'aluminium (0,25 mg Al<sup>3+</sup>)

\* 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.

# 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  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 186 90 DH  
6 118001 140619



BATCH MAN 0919  
HP358 EXP 0823

**Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml**

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تفقد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/  
يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

**ZENITH Pharma**  
**A.M.M N° 171/16 DMP/21/NNPR**



**PPV : 20,90 DH**

Titulaire de la décision d'enregistrement /  
صاحب مقرر التسجيل



**BOUCHARA-RECORDATI**

70, avenue du Général de Gaulle  
92800 PUTEAUX - FRANCE  
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard  
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Par voie sous-cutanée uniquement.

Ne pas injecter par voie intravasculaire ou intramusculaire.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Chaque dose de 0,5 ml de vaccin\* reconstitué contient : un minimum de 1.350 UFP (unités formatrices de plaque) de virus de la varicelle (souche Oka/Merck).

\*produit sur des cellules diploïdes humaines (MRC-5)

Excipients: saccharose, gélatine hydrosée, urée, chlorure de sodium, L-glutamate monosodique, phosphate disodique, phosphate monopotassique et chlorure de potassium.

يحق تحت الجلد فقط

لا يحق داخل الأوعية الدموية أو في العضلة

اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام

يحتوي كل 0,5 مل من اللقاح\* المعد بشكله على  
حد الأدنى PFU 1350 (وحدات تشكيل للوحات)  
من فيروس الحصق (سلالة أوكا / ميرك)  
\* أنتجت على خلايا بشرية ثنائية الصبغة (MRC-5)

المكونات: السكروز، الجيلاتين الهيدروكس، اليوريا،  
كلور الصوديوم، L-الغلوتامات المونوسودي (L)،  
أورسفات ثنائي الصوديوم، فوسفات الحادي اليوسيديوم،  
كلور البوتاسيوم.

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرّف فقط بوجود وصفة طبية - قائمة I

صبغة غير لينة مستقرة

Titulaire de l'AMM et fabricant/  
صاحب رخصة التسويق والمصنع

Merck Sharp & Dohme Corp.

770 Summerville Pike, P.O. Box 4

West Point, Pennsylvania, 19486,

Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار الترخيص من قبل

Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39, P.O. 581

2031 BN, 2003 PC Haarlem

Pays-Bas/هولندا

VARIVAX®  
poudre et solvant pour suspension injectable,  
flacon unidosé (0,5ml après reconstitution) Boîte unitaire  
P.P.V: 364.00 DH  
N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF  
Distribué par MSD Maroc



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
**VARIVAX®**

(Virus de la varicelle vivant atténué

[souche Oka/Merck])

Un flacon unidosé de 0,5 ml de vaccin en poudre et  
un flacon unidosé 0,7 ml de solvant stérile pour  
reconstitution.

فاريفاكس®

يُحفظ بعيداً عن متناول ومراي الأطفال  
غير من ذاء الحماقي حي موهن سلالة أوكا / ميرك  
قلرورة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح  
وقلرورة ذات جرعة واحدة 0,7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

