

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-435595

ND50 880

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2563

Société :

Retraité

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

AHMED CHENNOUNI

Date de naissance :

1946

Adresse :

Num 161, Rue Sijilmasa, Bajr 1 - ESSAOUIRA

Tél. :

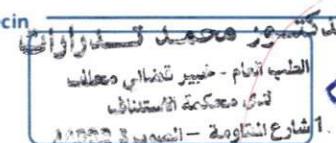
06 M 71 71 09

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13110012020

Nom et prénom du malade :

chennouni Ahmed

Age :

76 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

cardiopathie

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-435595

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE 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
31/10/2020	C		100,00	INP : 0211131564
29/11/2020	PCU		= 30,00	الدكتور [Signature] الطبابة [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/20	312,10

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

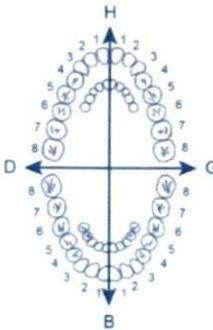
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G										
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	B										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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												

الدكتور محمد تداررات * DR TADDRARATE MOHAMED *

Médecine Générale Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الطب العام - خبير مخلف لدى محكمة الاستئناف بأسفي

رقم 1 ، شارع المقاومة 2 : 0524475954

ESSAOUIRA *** الصويرة

INPE : 071131544

ICE : 00181915700069

- * - ORDONNANCE - * -

Le 31/10/2020

Nom : Chennouri Ahmed
Age : 74 Ans

125,30

Vaxigrip



im



4 x 46,70 / 186,80 Askardil 75mg 160mg 160 1sach

Corvasal 1cp 2fs/j

Cordarone 200 1/2 cp

Provasc 1cp 2fs/j

trt de 03 mois

Eucarbon 2cp x 2/j

To 312,10

الدكتور محمد تداررات
الطب العام - خبير مخلف لدى محكمة الاستئناف بأسفي
العنوان: شارع المقاومة 2، رقم 1، الصويرة، إقليم إسفي، المغرب
الهاتف: 0524475954
البريد الإلكتروني: taddrarat@menara.ma



1 Avenue Almokaouama Essaouira *** E-mail: taddrarat@menara.ma

Horaire: 9H - 12H30 et 15H-18H SAMEDI: 9H-12H

0524475954

trt de 03 mois

كيف هو شكل كورفالز 2 ملغم، قرص قابل للتجزئة ومحتوى
العلبة الخارجية

يأتي هذا الدواء على شكل قرص قابل للتجزئة. القرص القابل
للتجزئة هو قرص يمكن قطعه إلى قسمين متساوين. تحتوي
كل علبة على 30 أو 90 قرصاً قابلاً للتجزئة.
قد لا تكون أحجام العلب كلها متسقة في بذلك.

شروط الوصف والتسلیم:

قائمة 1

حامل رخصة التسويق

SANOFI-AVENTIS FRANCE

82 AVENUE RASPAIL

94250 GENTILLY

FRANCE

المصنع

SANOFI AVENTIS S.A.

CTRA. C-35 (LA BATLLORIA A HOSTALRIC) KM 63.09

17404 RIELLS I VIABREA (GIRONA)

ESPAÑA

التاريخ الأخير الذي تمت فيه مراجعة هذه النشرة هو: حزيران 2017

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH



كيف هو شكل كورفالز 2 ملغم، قرص قابل للتجزئة ومحتوى
العلبة الخارجية

يأتي هذا الدواء على شكل قرص قابل للتجزئة. القرص القابل
للتجزئة هو قرص يمكن قطعه إلى قسمين متساوين. تحتوي
كل علبة على 30 أو 90 قرصاً قابلاً للتجزئة.
قد لا تكون أحجام العلب كلها متسقة في بذلك.

شروط الوصف والتسلیم:

قائمة 1

حامل رخصة التسويق

SANOFI-AVENTIS FRANCE

82 AVENUE RASPAIL

94250 GENTILLY

FRANCE

المصنع

SANOFI AVENTIS S.A.

CTRA. C-35 (LA BATLLORIA A HOSTALRIC) KM 63.09

17404 RIELLS I VIABREA (GIRONA)

ESPAÑA

التاريخ الأخير الذي تمت فيه مراجعة هذه النشرة هو: حزيران 2017

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH



كيف هو شكل كورفالز 2 ملغم، قرص قابل للتجزئة ومحتوى
العلبة الخارجية

يأتي هذا الدواء على شكل قرص قابل للتجزئة. القرص القابل
للتجزئة هو قرص يمكن قطعه إلى قسمين متساوين. تحتوي
كل علبة على 30 أو 90 قرصاً قابلاً للتجزئة.
قد لا تكون أحجام العلب كلها متسقة في بذلك.

شروط الوصف والتسلیم:

قائمة 1

حامل رخصة التسويق

SANOFI-AVENTIS FRANCE

82 AVENUE RASPAIL

94250 GENTILLY

FRANCE

المصنع

SANOFI AVENTIS S.A.

CTRA. C-35 (LA BATLLORIA A HOSTALRIC) KM 63.09

17404 RIELLS I VIABREA (GIRONA)

ESPAÑA

التاريخ الأخير الذي تمت فيه مراجعة هذه النشرة هو: حزيران 2017

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH



كيف هو شكل كورفالز 2 ملغم، قرص قابل للتجزئة ومحتوى
العلبة الخارجية

يأتي هذا الدواء على شكل قرص قابل للتجزئة. القرص القابل
للتجزئة هو قرص يمكن قطعه إلى قسمين متساوين. تحتوي
كل علبة على 30 أو 90 قرصاً قابلاً للتجزئة.
قد لا تكون أحجام العلب كلها متسقة في بذلك.

شروط الوصف والتسلیم:

قائمة 1

حامل رخصة التسويق

SANOFI-AVENTIS FRANCE

82 AVENUE RASPAIL

94250 GENTILLY

FRANCE

المصنع

SANOFI AVENTIS S.A.

CTRA. C-35 (LA BATLLORIA A HOSTALRIC) KM 63.09

17404 RIELLS I VIABREA (GIRONA)

ESPAÑA

التاريخ الأخير الذي تمت فيه مراجعة هذه النشرة هو: حزيران 2017

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg. cp b 30
P.P.V : 46,70 DH



**Suspension injectable
en seringue préremplie**
**Vaccin grippal quadri
(inactivé, à virion fra**
Saison 2020/2021
**Sarophi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1**
P.P.V : 125,30 DH

5 118001 082247

Veuillez lire attentivement cette notice avant de vous faire vacciner, vous ou votre enfant, car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit, à vous ou à votre enfant. Ne le donnez pas à d'autres personnes.
- Si vous ou votre enfant ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que VaxigripTetra et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser VaxigripTetra ?
3. Comment utiliser VaxigripTetra ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VaxigripTetra ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. Qu'est-ce que VaxigripTetra et dans quels cas est-il utilisé ?

VaxigripTetra est un vaccin. Ce vaccin qui vous est administré ou administré à votre enfant à partir de l'âge de 6 mois, vous aide à vous protéger ou à protéger votre enfant de la grippe.

Lorsqu'une personne reçoit VaxigripTetra, le système immunitaire (le système de défense naturelle de l'organisme) développe sa propre protection (anticorps) contre la maladie. Lorsqu'il est administré au cours de la grossesse, le vaccin aide à protéger la femme enceinte mais aide aussi à protéger son (ses) enfant(s), à partir de la naissance jusqu'à près de 6 mois grâce à la transmission de la protection de la mère à l'enfant pendant la grossesse (voir également les rubriques 2 et 3).

Aucun des composants du vaccin ne peut causer la grippe.

VaxigripTetra doit être utilisé selon les recommandations officielles.

La grippe est une maladie qui peut se propager rapidement et qui est causée par différentes souches qui peuvent changer tous les ans. En raison du changement potentiel des souches circulant chaque année et de la durée de protection prévue du vaccin, il est recommandé de se faire vacciner tous les ans. Le plus grand risque de contracter la grippe se situe pendant les mois les plus froids, entre octobre et mars. Si vous ou votre enfant n'avez pas été vacciné durant l'automne, il est encore possible de l'être jusqu'au printemps car vous ou votre enfant courrez le risque de contracter la grippe jusqu'à cette période. Votre médecin pourra vous recommander le meilleur moment pour vous faire vacciner.

VaxigripTetra est destiné à vous protéger, ou à protéger votre enfant, contre les quatre souches de virus contenues dans le vaccin, environ 2 à 3 semaines après l'injection. De plus, si vous ou votre enfant êtes exposé tout de suite avant ou après la vaccination, vous ou votre enfant pouvez encore déclarer la maladie, la période d'incubation de la grippe étant de quelques jours.

Le vaccin ne vous protégera pas, vous ou votre enfant, des rhumes, même si certains des symptômes ressemblent à ceux de la grippe.

2. Quelles son

tre certain
ortant d'i
vous con
nez pas, e
ez jama
ius ou vo
ix subst
l'un des a
tout co
eufs (ova
l'octoxinol
• Si vous ou vo
ou une mala

Avertissements

Adressez-vous à
VaxigripTetra.

Avant la vacina

- souffrez d'u
médicament
- souffrez de t

Votre médecin

Un évanouisse
toute injection a
ère si vous ou vo

Comme pour tou
les personnes va

Les enfants âgé
grossesse peuve

Si, pour quelque
dans les quelque

En effet, des ré
patients qui ava

Enfants

L'utilisation de
de 6 mois.

Autres médicar

Informez votre
récemment pris

- VaxigripTetra
des membres

- La réponse
immunosupp
ou la radioth

Grossesse et all

Si vous êtes enc
conseil à votre m

VaxigripTetra pe

VaxigripTetra pe

VaxigripTetra pe

Conduite de v

VaxigripTetra n'a
véhicules et à ut

VaxigripTetra c

Ce médicament
de sodium (23 m

et "sans sodium