

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-622845

66631

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : BIDEN SAÏD Société : PAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BIDEN SAÏD

Date de naissance : 13/08/1960

Adresse : 2, RUE EL KHAYMA NE AU MOUSSOUKTW CAS

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/06/2011

Nom et prénom du malade : Biden ILC

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Vaccin

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 : 06/06/2011

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-622845

vm 250
M 134,60 + 40,50

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).

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 Aïjal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïjal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 07.06.21 | 130,60 |
| | 07.06.21 | 40,50 |

[illegible][illegible]

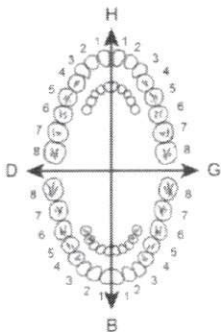
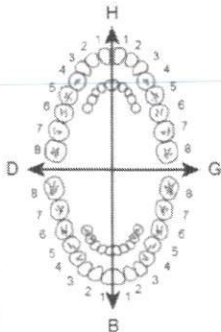
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 | 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 | | | |
|  | <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

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. Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | |
|----------------------------|--|
| 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 ZRIKEM Karima

Ep. HIMMI

Pédiatre

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Exploration Fonctionnelle

Respiratoire

Ex-Enseignante à la Faculté

de Médecine de Casablanca

الدكتورة زريكيم كريمة

زوجة حمي

طبيبة الأطفال

اختصاصية في أمراض الأطفال

الحساسية - الضيقة

أستاذة سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء



Casablanca, le

07-06-2019

الدار البيضاء، في

Bifeder Ikrav



13660

10f tetraoxion.

Pharmacie des Habous
73, Bd. Victor Hugo Rabat
Tél: 06 22 45 06 60/05 22 44 63 31
RC: 252682 - Préavis: 3691083

no, 50



ke Terolyferm 80



1 ey / cea tee
x Lus

HARMACIE MERSULTAN
218, Avenue Mers Sultar
Casablanca -
Tél: 05 22 22 25 44 / 05 22 22 86 9.

Dr. Karima ZRIKEM Ep. HIMMI
Pédiatre
68, Rue Zerhoun (Ex. Reims)
CASA - Tél.: 29 31 60 / 68

68, Rue Zerhoun - Casablanca - Tél. : 05 22 29 31 60/68

Urgence : GSM : 06 61 45 52 44 - E-mail : zrikem_karima@hotmail.com

Medicament non soumis à prescription médicale
بوار بصرف بدون وصفة طبية

PPV : 40.50 DH



6 118001 103041

19334

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmocien Responsable : Amina DAOUDI

Fabricant / المصنع
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du lycée - 45500 Gien - France
بوجور فابري دوات للمصنوع
45500 جين - فرنسا
شارع الليسى

AMM N° 473/17/DMP/21/NRG

Tardyferon®
Fer
80 mg

تارديفيرون®
80 ملغ

30 قرصاً مغلفاً

30 comprimés pelliculés

Voie orale عن طريق الفم

Distribué par / الموزع

COOPER PHARMA / كوبر فارما
41, Rue Mohamed Diouri - 20 110 Casablanca
Pharmocien Responsable : Amina DAOUDI
41، ريفقة محمد ديوري - 20 110 الدواحي
المسؤول: أمانة الداوي

Pierre Fabre
Sous licence / بترخيص من
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION France

قبل الاستعمال. لا توجد احتياطات خاصة للحفظ.

Composition qualitative et quantitative : Fer 80 000 mg. Sous forme de sulfate ferreux desséché. Excipient q.s.p. un comprimé pelliculé. **Indications thérapeutiques:** Ce médicament est un apport en fer. Il est préconisé dans l'anémie par carence en fer et pour prévenir cette carence pendant la grossesse lorsqu'un apport alimentaire en fer est insuffisant. **Mode et voie d'administration :** Avaler le comprimé entier avec de l'eau. Ne pas sucer, mâcher ou garder le comprimé dans la bouche. A prendre avec un grand verre d'eau de préférence avant ou pendant les repas, en fonction de la tolérance digestive. **Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Lire la notice avant utilisation. Pas de précautions particulières de conservation.**

التركيب النوعي والكمي: حديد 80 ملغ على شكل كبريتات الحديدوز المجفوف. سواغ كيميائية كافية لكل قرص مغلف. **دواعي الاستعمال العلاجية:** هذا الدواء مصمم للحديد. يوصف في حالة فقر الدم بسبب نقص الحديد وأثناء الحمل لتفادي نقص الحديد في حالة عدم توفر إمداد كافٍ من الحديد في الغذاء. **كيفية الاستعمال:** يبلع القرص بكاماله مع الماء ينبغي عدم مصغه أو مضغه أو الإحتفاظ به في الفم. يؤخذ مع كوب كبير من الماء من الأفضل قبل أو مع وجبات الطعام حسب الاحتمال الهضمي. لا يترك في متناول ومراى الأطفال. اقرأ النشرة

| | |
|--|------------------------------|
| One dose (0.5 ml) contains | |
| Diphtheria toxoid ¹⁾ | ≥ 30 IU |
| Tetanus toxoid ²⁾ | ≥ 40 IU |
| <i>Bordetella pertussis</i> antigens: | |
| Pertussis toxoid ³⁾ | 25 micrograms |
| Filamentous haemagglutinin ⁴⁾ | 25 micrograms |
| Poliomyelitis virus (inactivated): | |
| - type 1 (Mahoney strain) | 40 DU ⁵⁾ (200 IU) |
| - type 2 (MEF-1 strain) | 8 DU ⁵⁾ (200 IU) |
| - type 3 (Saukett strain) | 32 DU ⁵⁾ (200 IU) |

¹⁾ adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated 0.3 mg Al³⁺
²⁾ D₉₁ D antigen unit
³⁾ or equivalent antigen quantity determined by a suitable immunochemical method.
⁴⁾ produced on VERO cells.
 TETRAXIM may contain traces of glutaraldehyde, neomycin, streptomycin and polymyxin B.
List of excipients: Hanks medium without phenol red (complex mixture of amino acids including phenylalanine, mineral salts, vitamins and other components such as glucose), acetic acid and/or sodium hydroxide for pH

adjustment, formaldehyde, phenoxethanol, ethanol and water for injections.
 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.
 Instructions on use: joint prevention against diphtheria, tetanus, pertussis and poliomyelitis.



SANOFI



MANUF

11072019

LOT

T3M121V

EXP.

06-2022

SN

136R2KMHE24RCF



PC/GTN 03664798023643

SANOFI PASTEUR
 14 Espace Henry Vallée
 69007 Lyon
 France

| | |
|---|------------------------------|
| Une dose (0,5 ml) contient | |
| Anatoxine diphtérique ¹⁾ | ≥ 30 UI |
| Anatoxine tétanique ²⁾ | ≥ 40 UI |
| Antigènes de <i>Bordetella pertussis</i> | |
| Anatoxine pertussique ³⁾ | 25 microgrammes |
| Hémagglutinine filamenteuse ⁴⁾ | 25 microgrammes |
| Virus poliomyélique (inactivé): | |
| - type 1 (souche Mahoney) | 40 UI ⁵⁾ (200 UI) |
| - type 2 (souche MEF-1) | 8 UI ⁵⁾ (200 UI) |
| - type 3 (souche Saukett) | 32 UI ⁵⁾ (200 UI) |

¹⁾ adsorbée sur hydroxyde d'aluminium, hydraté 0,3 mg Al³⁺
²⁾ UI: unité d'antigène D.
³⁾ ou quantité d'antigène équivalente déterminée selon une méthode immunochimique appropriée.
⁴⁾ produits sur cellules VERO.
 TETRAXIM peut contenir des traces de glutaraldehyde, néomycine, streptomycine et polymyxine B.
Liste des excipients : Milieu de Hanks sans rouge de phénol (mélange complexe d'acides aminés incluant la phénylalanine, de sels minéraux, de vitamines et autres composants comme le glucose), acide acétique et/ou

hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH), formaldehyde, phénoxyéthanol, éthanol et eau pour préparations injectables.
 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.
 Indications d'utilisation: prévention conjointe de la diphtérie, du tétanos, de la coqueluche et de la poliomyélite.

TETRAXIM

Vaccin diphtérique, tétanique, coque poliomyélique (inactif), adsorbé / component) and poliomyelitis (inactif)

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1,
 Ain Sebaâ Casablanca
 Tetraxim inj b1 ser 1 dose
 P.P.V: 134,60 DH

et
 lular,

Suspension injectable (0.5 ml en seringue préremplie)
 Suspension for injection (0.5 ml in prefilled syringe)



laire
 oute

SANOFI PASTEUR