

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-819135

20 1158

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 11340 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Nouredine

Nom & Prénom : SOBH

Date de naissance : 28 12 1958

Adresse : 9 lotissement Villa Garden  
DAR BOUAZZA

Tél. : 0661 170601 Total des frais engagés : 803,00- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Abdelhak ZAKIR**  
 Pédiatre  
 15, Bd Ahl Teoujate 1er Etg Apt N°1  
 Bourgogne - Casablanca  
 Tél. 05 22 40 61 00 - 28 99 99 94

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Sobhi Rhasane Age :

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

Nature de la maladie : Vaccins

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 ADHERENT

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
07/03/24	A		300	INP : 0522 48 67 00
				Dr Abdelhak ZAKIR Pédiatre 19, Bd Ain Taoujale 1er Etg Apt N°1 Bourgogne - Casablanca Tél: 0522 48 67 00 - 70 99 99 94

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HADJER EL MARIN 37, Rue El Gharb Casablanca	7/3/24	503,00

# 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 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																	
	<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 <input type="text"/>
	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



Docteur **Abdellhak ZAKIR**

**Pédiatre**

Lauréat de Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier  
des Hôpitaux de France

Diplômé en Réanimation Néo-Natale

Diplômé en Médecine Foetale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

**SOBH = RHASSANE**

الدكتور عبد الحق زكير

طبيب الأطفال

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

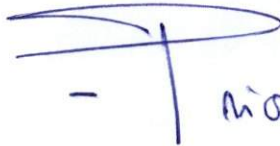
مجاز في انعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Casablanca, le : 4/3/24

139 100

-  monix.

364 100

- **VARIVAX**

503 100

PHARMACIE LES TERRASSES MARINES  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca

DR **Abdellhak ZAKIR**  
Pédiatre  
Bd Aïn Tadjoute  
Bourgogne  
Casablanca  
Tél : 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94



A conserver au réfrigérateur entre +2°C et +8°C, à l'abri de la lumière.

A utiliser dans les 30 minutes suivant la reconstitution.

Le vaccin doit être administré immédiatement après la reconstitution afin de préserver son efficacité.

Le vaccin s'il n'a pas été utilisé dans les 30 minutes qui suivent sa préparation.

Le vaccin ne doit pas être congelé.

Consultez la notice pour des informations détaillées sur les instructions d'utilisation.

يُحفظ في درجة حرارة بين 2 و 8 درجة مئوية بعيداً عن الضوء.

يُحفظ على الفعالية، يتم استخدام اللقاح في 30 دقائق بعد إعادة تشكيله. خلاف ذلك تخلص منه لا يُعاد اللقاح بعد إعادة تشكيله. يرجى قراءة النشرة الداخلية للحصول على تعليمات مفصلة حول الاستخدام.

٧٢٠٢-٦٠-٦١

DXE

٢٢٢٥٣٨٧٢

Lot

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 hydrolysée, urée, chlorure de sodium, L-glutamate monosodique, phosphate disodique, phosphate monopotassique et chlorure de potassium.

يُحقن تحت الجلد فقط  
لا يُحقن داخل الأوعية الدموية أو في العضلة

اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام

يحتوي كل 0,5 مل من اللقاح\* لمعاد تشكيله على الحد الأدنى 1350 UFP (وحدات تشكيل للوحات) من فيروس الحمق (سلالة أوكا / ميرك).

\* أنتجت على خلايا بشرية ثنائية الصبغة (MRC-5)

المواد: السكروز، الجيلاتين الهيدروليزي، اليوريا، كلور الصوديوم، L-الغلوتامات المونوسودي (L)، فوسفات ثنائي الصوديوم، فوسفات أحادي البوتاسيوم، كلور البوتاسيوم.

Respecter les doses prescrites  
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يُصرف فقط بوجود وصفة طبية - قائمة I

صيغة مبردة مستقرة

2

Titulaire de l'AMM et fabricant/

Sous licence de distribution et de fabrication

Merck Sharp & Dohme Corp.

770 Summeytown Pike, P.O. Box 4

West Point, Pennsylvania, 19486,

Etats-Unis / 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® vaccin

Suspension injectable

Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml

PPV: 364.00 DH

AMM N°: 789/160MP/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 unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et  
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour  
reconstitution.

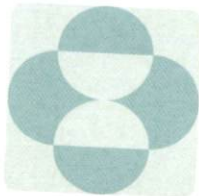
يُحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال

**فاريفاكس®**

فيروس داء الحمق حي مؤهّن سلالة أوكا / ميرك

قارورة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح

وقارورة ذات جرعة واحدة 0,7 مل من مخفف لإعادة التشكيل



MSD



4987/47

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

# Priorix



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 139,20 DH  
ID: 652783  
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

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**

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

19

# Priorix



1 dose/dosis (0.5 ml)

Inj./Inyec.: S.C. / I.M.

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)  
Live attenuated mumps virus (RIT4385 strain)/ Virus des oreillons vivant atténué (souche RIT 4385)/ Virus vivo atenuado de la parotiditis (cepa RIT 4385)  
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)  
Neomycin sulphate is present as residual/ Résidu du procédé de fabrication : sulfate de néomycine/ Presenta sulfato de neomicina como residuo

LOT/MF/D/EXP:

A69FF580A  
12-2022  
11-2024

