

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° P19- 052082

ND: 32084

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10370 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AKABOUNE NAOUAL

Date de naissance : 12-04-75

Adresse : 40. Bd de Bordeaux, CASA

Tél : 066136540 Total des frais engagés : 622,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHAREI Lalla Fatma Age: 10 ans

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 : CASA Le : 06/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

### Biologie 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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	Coefficient des
				<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>
	H			<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin de</b> <input type="text"/>
	D	G		
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

Visé et cachet du praticien	Cachet MUPRAS
-----------------------------	---------------

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b>	W18-400754	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-400754

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	Mle <u>10370</u>
Nom & Prénom	<u>AKAABOUNE NAOUH</u>
Fonction	<u>X PN</u> Phones <u>066.1136540</u>
Mail	<u>chafeinawal@gmail.com</u>

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>CHAFEI Lalla Nahika Lyha</u>
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>10 ans</u> Date <u>17/06/20</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite
<u>Vaccins</u>	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>6</u>		<u>206</u>

<b>PHARMACIE</b>	Date <u>17/06/20</u>
Montant de la facture	
<u>358,00</u>	
<u>14,40</u>	

<b>ANALYSES RADIOGRAPHIQUES</b>	Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>					Date : .....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

Dr. Abdelhak Zakir  
 Pédiatre  
 N° 13, Bd. Ain Tacharine 1er étage Apt. N° 1 - Casa  
 Tél : 05 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94  
 GSM : 06 61 14 45 60  
 PHARMACIE DES TERRASSES MARINES  
 17, Rue El Ghazali  
 Casablanca

# Docteur Abdelhak ZAKIR

## Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hôpitalier  
des Hôpitaux de France  
Diplômé en Réanimation Néonatale  
Diplômé en Médecine Foetale  
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire



# الدكتور عبد الحق زكير

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا  
مجاز في إنعاش الرضيع  
مجاز في طب الجنين  
مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

CHAFEC LALA MALIKA  
LYLIA

Casablanca, le : 17/06/20

139,000

- Prouix.

219,000

- AVAXim

358,000

PHARMACIE DES MARINES  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca

Dr. Abdelhak Zakir  
Pédiatre  
N°13, Bd. Aïn Taoujtate 1er étage App. N°1 - Casab  
Tel: 05 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94  
GSM : 06 61 14 45 00

13, Bd. Aïn Taoujtate (en face Clinique Badr) Rés. ILIAS 1er étage, App. N°1 - Bourgogne  
Casablanca - Tél.: 05 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94 - Portable : 06 61 14 45 00

E-mail : abdelhakzakir@gmail.com

LOT/MPD/EXP:

# Priorix™



The powder must be reconstituted with the solvent  
La poudre doit être reconstituée avec le solvant  
El polvo debe reconstituirse con el solvente

**1 dose/dosis (0.5 ml)**  
Inj./Inyec.: S.C. / I.M.

**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

**Storage/Cons.: 2°C - 8°C**

Do not freeze • Protect from light • Shake after reconstitution

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

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

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.  
Rue de l'Institut, 89  
B-1330 Rixensart, Belgium/ Belgique/  
Bélgica

491555

# Priorix™

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 139,20 DH  
ID : 644411R2  
6 118001 140923



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)**

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™

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

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

11





Virus de la hepatitis A, cepa GBM\* (inactivado)\*\*  
80 U\*\*\*

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)
- \*\*\* A falta de una referencia internacional normalizada, el contenido antigénico se expresa con la ayuda de una referencia interna



SANOFI



MANUS

30012019

LOT

T3A783V

EXPICAD

12-2021

S/N

136R256CH41HVH



PL/OTIN: 0366479802271

SANOFI PASTEUR

14 Espace Henry Vallée,  
69007 Lyon - France/Francia



80

Hepatitis A virus, GBM strain\* (inactivated)\*\*  
80 U\*\*\*

For one dose of 0,5 ml

- \* Cultured on MRC-5 human diploid cells
- \*\* Adsorbed on hydrated aluminium hydroxide (0,15 milligrams of Al)
- \*\*\* In the absence of an international standardised reference, the antigen content is expressed using an in-house reference

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

- 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) • Keep the syringe in the outer package, protected from light • Do not freeze • Prevention of the infection caused by the 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

195 74270

AVAXIM 80 U  
Pediatric

## AVAXIM 80 U Pediatric/Pediátrico

Hepatitis A vaccine (inactivated)  
Vacuna contra la hepatitis A (inactivated)  
Suspension for injection in pre-filled  
Suspensión inyectable en jeringa pre-llenada  
Intramuscular route/Vía intramuscular

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

Avaxim 80 [nj] b1 ser 0,5 ml  
PPV : 219,00 DH



SANOFI PASTEUR

AVAXIM 80 U  
Pediátrico



14,40

ion, Fréquence d'administration et Durée

à l'enfant à partir de 27 kg (environ à

ids de l'enfant; les âges sont mentionnés

ant, il faut le peser afin de lui donner la

ges, permettant d'adapter le traitement au

ndée est d'environ 60 mg/kg/jour, à répartir  
es 6 heures ou 10 mg/kg toutes les 4 heures.  
on 8 à 13 ans), la posologie est de 1 sachet à  
de 6 heures, sans dépasser 4 sachets par jour.  
on 12 à 15 ans), la posologie est de 1 sachet à  
le 4 heures, sans dépasser 6 sachets par jour.  
t supérieur à 50 kg (à partir d'environ 15 ans);  
0 mg par prise (selon l'intensité de la douleur),  
ures minimum.

ser 3 g de paracétamol par jour, soit 6 sachets  
s intenses, et sur conseil de votre médecin,  
1 g par jour, soit 8 sachets par jour.

par jour nécessitent un avis médical.  
**PARACÉTAMOL PAR JOUR**, (en tenant  
paracétamol dans leur formule),  
moins entre les prises.

ce rénale sévère), les prises doivent être  
e par jour ne doit pas dépasser 6 sachets (3 g).  
der 60 mg/kg (sans dépasser 3 g) par jour

...s douleurs persistent  
pas continuer le traitement  
sans l'avis de votre médecin.  
**Symptômes et instructions**  
Si vous avez pris plus  
sachet-dose que vous  
prévenir en urgence un  
**Instructions en cas d'oubli**  
Si vous oubliez de prendre  
Ne prenez pas de dose  
Risque de syndrome de

### 5. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?

Comme tous les médicaments,  
sachet-dose est susceptible  
• Dans certains cas rares,  
une réaction allergique peut  
un malaise brutal avec de  
avertir votre médecin et  
• Exceptionnellement, des  
ont pu être observées: ta  
cellules du sang comme  
des gençives. Dans ce cas,  
**NE PAS HESITER À DEMANDER**  
Si vous remarquez des effets  
effets indésirables devez

### 6. COMMENT CONSOMMER LE MÉDICAMENT ?

**BUVABLE EN SACHET-DOSE**  
Ne pas utiliser DOLIPRANE  
date de péremption mentionnée  
**Conditions de conservation**  
Tenir hors de la portée des  
Pas de précautions particulières

### SACHET-DOSE ET DANS QUELLE CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE ?

Classe pharmacothérapeutique :  
**AUTRES ANALGESIQUES et ANTI-INFLAMMATOIRES**

**Indications thérapeutiques**  
Ce médicament contient du paracétamol.  
Il est indiqué en cas de douleur  
dentaires, courbatures, règles douloureuses.  
**Cette présentation est réservée aux enfants à partir de 8 ans; lire attentivement la notice.**

### 3. QUELLES SONT LES INFORMATIONS IMPORTANTES ?

**DOLIPRANE® 500 MG, POUVOIR ANALGESIQUE**  
Liste des informations nécessaires à la prise en compte de ce médicament.  
Si votre médecin vous a informé de l'existence d'une affection particulière, précitez-la.  
Contre-indications

**Ne prenez jamais DOLIPRANE dans les cas suivants:**  
• allergie connue au paracétamol;  
• maladie grave du foie.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDICÉ DE CONSULTER VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**Mises en garde spéciales et précautions d'emploi**  
Faîtes attention avec DOLIPRANE sachet-dose:

**Mises en garde**  
En cas de surdosage ou de prise prolongée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol, afin de ne pas dépasser la dose recommandée.

**Précautions d'emploi**  
• Si la douleur persiste plus de 5 jours, consultez votre médecin.  
• Avant de débuter un traitement, précitez à votre médecin l'usage d'autres médicaments contenant du paracétamol.

• Prévenez votre médecin en cas de surdosage.  
• Prévenez votre médecin si vous êtes enceinte ou si vous allaitez.

**Docteur Abdelhak ZAKIR**

**Pédiatre**

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier

des Hôpitaux de France

Diplômé en Réanimation Néonatale

Diplômé en Médecine Fœtale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

**الدكتور عبد الحق زكير**

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا

مجاز في إنعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Casablanca, le : .....

17 JUN 2020

قصاصي في أمراض الطفل و الرضيع

د. زكير عبد الحق

13, Bd. Taoujtate

Gde. Pharmacie de Paris  
Mme. BLANIS Naïma  
60, Rue Allal Ben Abdellah - Casa  
Tél. : 0522 27 42 10 - 0522 26 04 26

**Dr. Abdelhak ZAKIR**  
Pédiatre  
13, Bd. Taoujtate Bourgogne  
Casa - Tél. : 05 22 46 67 66/69