

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 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

- Reclamation : 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

MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-725235

144849

Optique Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : 12659		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Ziati Issam		Date de naissance : 12/03/1989	
Adresse : Avenue Sophora, Rue ATIP Bloc G2, secteur 24 Hay Driad, Rabat		Tél. : 0699 24 34 09	
Total des frais engagés : 664,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin

DR. KHAYARI Hinde
Pédiatre - Neurologue
INPE : 101104119
ICE : 001614534000061
Tél : 05 37 71 00 93

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/2022

Nom et prénom du malade : Ziati Issam

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vomissements

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un 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 : Rabat

Le : 23/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-725235

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
23.11.22	2		300DH	INP : 11111111111111111111111111111111 Dr. KHTARY HINDI Pédiatre - Néonatalogue INPE : 101164119 ICE : 001617534000061 05 37 71 00 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KHYARI Hinde

Spécialiste en Pédiatrie

Néonatalogie - Réanimation Néonatale

Consultation homéopathique

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Ancienne interne du CHU Ibn Sina Rabat

Praticienne hospitalière à l'Hopital Universitaire Cheikh Zaid

Cabinet de Pédiatrie



الدكتورة هند الخياري

أخصائية في طب الأطفال

والرضع وحديثي الولادة

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة بالمستشفى الجامعي شيخ زايد

Date : 23/11/2022

Rabat Le :

ziati ramy - né(e) le : 21/10/2022

36410

Varivax
1 dose

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
N°17, Lgr 4, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél. : 05 37 71 67 82
INPE : 102041019

Dr. KHYARI Hinde
Pédiatre - Néonatalogue
INPE : 1011614534000061
ICE : 1001614537100093
Tél : 05 37 71 00 93

Résidence Riad Ennakhl II - Imm A, Appt 2, Angle Av. Ennakhl et Rue El Yazid Hay Riad - Rabat

Tél. : 05 37 71 00 93 - 08 08 50 53 92 - GSM : 06 61 26 68 26 - Fax : 05 37 71 00 93

Email : khyarihinde@yahoo.fr



06-2023

EXP

019035

Lot

11

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.

يحقن تحت الجلد فقط

لا يحقن داخل الأوعية الدموية أو في العضلة

اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام

يحتوي كل 0,5 مل من اللقاح * المعاد تشكيله على
الحد الأدنى 1350 PFU (وحدات تشكيل التوأمات)

من فيروس الحصبة (سالة أوكا / ميرك).

* أنتجت على خلايا بشرية شتابية الصنفية (MRC-5).

المواد الخام: السكرور، الجيلاتين الهيدروغلايبر، البيريا ،
كلور الصوديوم، L-الغلوتامات المونوسودني (L) ،
فوسفاط ثانى الصوديوم ، فوسفاط أحادى البوتاسيوم ،
كلور البوتاسيوم.

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

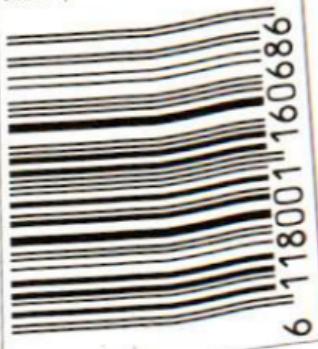
Uniquement sur ordonnance – Liste I
يصرف فقط بوجود وصفة طبية – قائمة 1

صيغة مبردة مستقرة

Titulaire de l'AMM et fabricant/
صاحب رخصة التسويق والمصنع
Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
الولايات المتحدة الأمريكية/
Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/
 يتم اصدار التشغيلية من قبل
Merck Sharp & Dohme BV
Waarderweg 39, P.O. 581
2031 BN, 2003 PC Haarlem
هولندا/ Pays-Bas

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
P.P.V: 364.00 DH
AMM N°: 789/16DMP/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.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق هي موطن سلالة أوكا / ميرك
قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

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.

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

Ne pas congelez le vaccin
reconstitué.

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

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

حفظاً على الفعالية، يتم استخدام
اللقاح في 30 دقيقة بعد إعادة تشكيله.
خلاف ذلك تخفيض منه
لا يجدر اللقاح بعد إعادة تشكيله
يرجاء قراءة النشرة الداخلية للحصول على
معلومات مفصلة حول الاستخدام



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.

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق هي موطن سلالة أوكا / ميرك

قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

