

## 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, parodontologie 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-725243

159499

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2659 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 1  
 Nom & Prénom : Ziati Issam  
 Date de naissance : 12/03/1989  
 Adresse : Avenue Sophora, Rue ATil, Bloc G2, scteur 24 Hay Riad Rabat  
 Tél. : 0669 24 34 02 Total des frais engagés : 664,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02.03.2023  
 Nom et prénom du malade : Ramy Ziati Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : vaccination  
 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 : Rabat Le : 02/03/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : 

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-725243

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/3/23	364,00

[illegible][illegible]

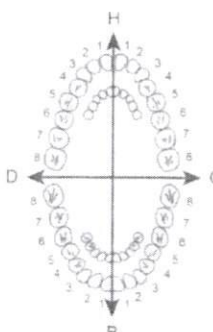
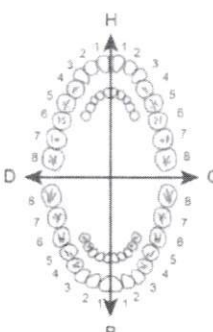
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

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 : 02/03/2023

Rabat Le : .....

ziati ramy - né(e) le : 21/10/2021 (1 an, 4 mois, 9 jours)

364,00

Varivax

1 dose

Coccidin creme

1 app x3/j pdt 7j au niveau des orteils

Pharmacie du Man Central  
Dr. KHALID DER  
Lot 17, Lot 4, Secteur 9, Hay Riad  
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82  
INPE : 102041019

T = 364,00

Dr. KHYARI Hinde  
Pédiatre - Néonatalogue  
INPE : 102041019  
ICE : 001614634000061  
Tél : 05 37 71 67 82

Pharmacie du Man Central  
Dr. KHALID DER  
Lot 17, Lot 4, Secteur 9, Hay Riad  
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82  
INPE : 102041019





à vue des enfants.

ant atténué

(V

[so

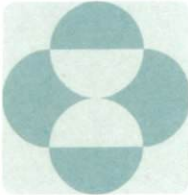
Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الاطفال

**فاريفاكس®**

فيروس داء الحماق حي موهن 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

**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 حي موهن 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 congeler 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 بعيدا عن الضوء.

حفظا على الفعالية، يتم استخدام اللقاح في 30 دقائق بعد إعادة تشكيله. خلاف لذلك تخلص منه

لا يجمد اللقاح بعد إعادة تشكيله يرجى قراءة النشرة الداخلية للحصول على تعليمات مفصلة حول الاستخدام





30-09-2023

EXP

030476

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.

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 للوحات)

من فيروس الحمق (سلالة لوكا / ميرك).

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

المواغات: السكروز، الجيلاتين الهيدروليزي، البوريا،

كلور الصوديوم، ل-الغلوتامات المونوسودي (L)،

فوسفات ثنائي الصوديوم، فوسفات أحادي البوتاسيوم،

كلور البوتاسيوم.

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste I

بصرف فقط بوجود وصفة طبية - قائمة I

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,

Etats-Unis/الولايات 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

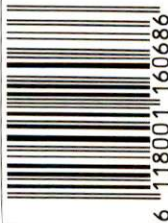
Suspension injectable

Boîte d'un flacon unidosé de 0,5 ml

P.P.V: 364.00 DH

AMM N°: 789/16DMP/21/NSF

Distribué par MSD Maroc



70071295/00-1

4979