

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

- 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° W21-725243

159499

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : <u>2659</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>Ziati Issam</u>		
Date de naissance : <u>12/03/1989</u>		
Adresse : <u>Avency Sophora, Rue ATIL, Bloc G2, 5ème étage</u>		
Tél. : <u>06 69 24 34 02</u> Total des frais engagés : <u>664,00</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <u>02.03.2023</u>	Age :
Nom et prénom du malade : <u>Ramy Ziati</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Vaccination</u>	
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 :	<u>2659</u>
Nom de l'adhérent(e) :	<u>Ziati Issam</u>
Total des frais engagés :	<u>664,00</u>
Date de dépôt :	<u>02/03/2023</u>

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
20-03-2023	cx	1	300DH	INP : 11116419934000067 Dr. KHAYAT HASSAN Néonatalogiste IP : 154537170533

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie du Val d'Yerres</i> D. N° 117417174 Réf. 1174174371678 10/11/2024	<i>02/13/23</i>	<i>364,00</i>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DU
DEVIS

1

X

10

11

1

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'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid

Cabinet de Pédiatrie

الدكتورة هند الخياري

أخصائية في طب الأطفال

الولادة وحدسيّ الرّضاع

خاتمة كلية الطب بالباطنة

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

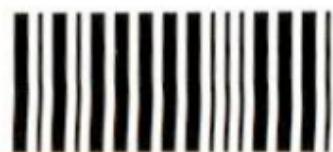
$$T = 364,000$$

Dr. KH VARI Hinde
Pédiatre
INPE: 107164119
ICE: 001611453400067
Tél: 05 37 77 00 83

Résidence Riad Ennakhil II - Imm A, Appt 2, Angle Av. Ennakhil 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 : khvarihibinde@yahoo.fr



a 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 ومرأى الأطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحصبة حي موطن سلالة أوكا / ميرك

فلازور ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
و فلازور ذات جرعة واحدة 0.7 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.

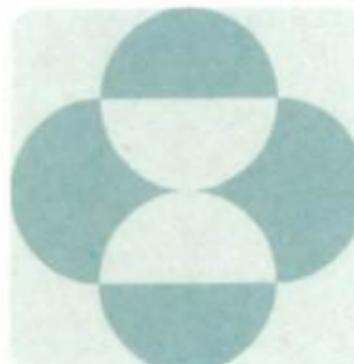
Jetez le vaccin s'il n'a pas été utilisé dans les 30 minutes qui suivent sa préparation.

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 بعيدا عن الضوء.

احفظ على الفعالية، يتم استخدام اللقاح في 30 دقيقة بعد إعادة تشكيله.
خلال ذلك تخلص منه
لا يجمد اللقاح بعد إعادة تشكيله
يرجاء قراءة النشرة الداخلية للحصول على
معلومات مفصلة حول الاستخدام



 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 الحصبة حي موطن سلالة أوكا / ميرك

فلازور ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح و فلازور ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعادة التشكيل



EXP

30-09-2023

0030476

10

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

أ) التعليمات بعنابة قبل الاستخدام

يحتوي كل 0,5 مل من اللقاح "المعد تشكيله على الحد الأدنى 1350 PFU (وحدات تشكيل اللوحة) من فيروس الحماق (سلالة لوكا / ميرك).
* انتهت على خلايا بشرية ثانية الصبغة MRC-5.

Respecter les doses prescrites احترم الجرعة الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste I

يصرف فقط بوجود وصفة طبية - فلمة

صيغة ميراث 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/

نَمَمْ اصْدَارِ التَّشْغِيلَةِ مِنْ قِبْلَةِ

Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39, P.O. 581

2031 BN, 2003 PC Haarlem

Pays-Bas/نیدرلند

**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**

6 118001 160686

70071295/00-1
4979