

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-675281

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 136 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KHOULI YASSER
 Date de naissance : 19/05/1998
 Adresse : 279, Cat Nounouss Dan Bangga, Casablanca
 Tél. : 06 15 10 93 68 Total des frais engagés : 817 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Hicham KADMIRI**
PÉDIATRE
INPE: 091283879
 Date de consultation : 04/12/2023
 Nom et prénom du malade : EL KHOULI Ahmed Age : 15 ans
 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 : Casablanca
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
04/12/2023	1	CS	25000	Dr. Michail KADIMIR PÉDIATRE INPE: 091283879

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FL. HADJILAH Lot. Anssari N° 123 Der Bjuazza - Casablanca Tél: 0522 29 09 46 / WHATSSAP: 06 00 73 33 76 ICE: 001033270000066 INPE: 092067214	04/12/2023	567100

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 :

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	DNP : <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>21433562</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>11433253</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433562	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433253	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433562																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433253																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

12/89 081W LOT
PER 05/26
PPV 120483



الدكتور هشام القدميري
- طب الأطفال و الرضع
و حديثي الولادة
- مستعجلات

Casablanca le 04/11/2023

El gharbi Ahmed

134.80



① Pniox

36h.00

② Verivox



③ Doliprane 300

12.80 1 Supp

16h si fièvre



PHARMACIE EL HANOUILLAH
DR. H. KADMI
Lot. Ansari Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 0522.29.09.46 / WHATSSAP: 06.00.73.33.76
ICE: 00103326000066
INPE: 092067214

④ Dexeryl cr

1 application + 2g



T 567.00

Dr. Hicham KADMIRI
PÉDIATRE
INPE: 091283879

Priorix



ID: 65 2283

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139, 20 DH



1 dose/dosis

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 vial with powder + 1 pre-filled syringe with solvent
1 flacon avec poudre + 1 seringue avec solvant
1 vial con polvo + 1 jeringa con solvente

2020-80-62 EXP
128150M Lot

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.

Jetiez 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 بعيداً عن الضوء.

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

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.

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

اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام

يجوزي 0,5 مل من اللقاح* المعد تشكيله على الحد الأدنى 1350 PFLU (وحدات تشكيل للوحات) من فيروس الحصا (سلالة أوكا / ميرك).
* تمتع على خلايا بشرية ثنائية الصيغة (MRC-5)

المكونات: السكروز، الجيلاتين الهيدروليزي، الفوريا، 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

يصرف فقط بوجود وصفة طبية - قائمة I

صيغة مبردة مستقرة

**Titulaire de l'AMM et fabricant/
صاحب رخصة التسويق والمصنع**

Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Summeytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية/الولايات المتحدة الأمريكية

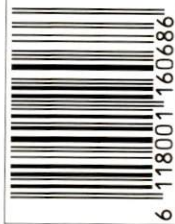
Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

بتم 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 unidosse de 0,5 ml
PPV: 364.20.01
AMM N°: 789/166MP/21/NSF
Distribué par MSD Maroc



70071295/00-1
4979

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

VARIVAX®

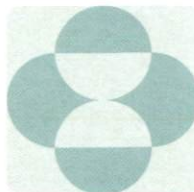
**(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])**

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

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الاطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحصا حي مؤه 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 unidosse de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon unidosse 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

فاريفاكس®

فيروس داء الحصا حي مؤه سلالة أوكا / ميرك
قارورة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح وقارورة ذات جرعة واحدة 0,7 مل من مخفف لإعادة التشكيل