

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-831963

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12285 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BEKKARI Mohamed Karim
Date de naissance : 18 Nov 81
Adresse : 26 Rue Jbel Azor F 7
Tél. : 0661630388 Total des frais engagés : 664 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 27/11/2024
Nom et prénom du malade : KARIM LINA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : VACCIN
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 Le : 28/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/12/23		C	309,4	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/12/2023	364,00 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Fatine LASRY

Professeur en Pédiatrie
Spécialiste des Maladies de Nouveau-né
Nourrisson et de l'enfant
Néphrologie pédiatrique



091034728



الدكتورة فاتن العسري

أستاذة في طب الأطفال
إختصاصية أمراض الأطفال و الرضع

Casablanca, le : 27.12.2023

Enfant BEKKARI Lina

Age : 9 ans 6 mois

Poids : 24,20 Kg

1- VARIVAX

1 dose



2- UVEDOSE 100000 (2 doses)

1 dose

صيدلية بوردوغن
PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
41, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05 22 27 73 44

Pr. LASRY Fatine
Pédiatrie Générale - Néphrologie
6, Avenue Aïn Taoujtate, 4^{ème} Etage
Aïn Taoujtate - Casablanca

INPE 091034728 / Patente 35691322 / CNSS 4259306 / IF 15218001 / ICE 001918488000085

6, Bd. Aïn Taoujtate - 4^{ème} étage - Bourgogne - Casablanca

Tél.: 0522 20 20 93 - Gsm : 0661 45 35 35 - E-mail : lasryfatine@hotmail.com

Site web : www.lasry-fatine.com

**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/ Etats-Unis

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

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

VARIVAX[®] vaccin
Suspension injectable
Boite d'un flacon unidose de 0,5 ml
P.P.V.: 364.00 DH
AMM N°: 789/16DMP/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 unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour
reconstitution.

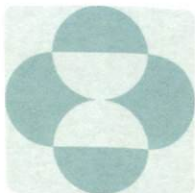
يُحفظ بعيداً عن متناول ومراى الاطفال

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 ذلك تخلص منه

لا يجمد اللقاح بعد إعادة تشكيله

يرجاء قراءة النشرة الداخلية للحصول على
تعليمات مفصلة حول الاستخدام

INPE:097

29-08-2024

MO31871

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 الحصاك (سلالة أوكا / ميرك).

* أنتجت على خلايا بشرية ثنائية الصيغة (MRC-5)

المواد: السكروز، الجيلاتين الهيدروليزي، اليوريا،
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 منزدة مستقرة