

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W19-479237
N°D: 14512

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14408 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENAABID REDOUANE

Date de naissance : 09.07.74

Adresse : DOUALA. CANTERON

Tél. : Total des frais engagés : 390 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENAABID SOULEIMANE Age :

Lien de parenté : ☐ lui-même ☐ conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : suite

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 : 01/11/19

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	
01 NOV 2019	Cabinet	-	Adm	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

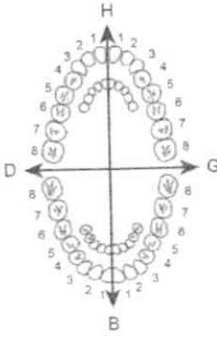
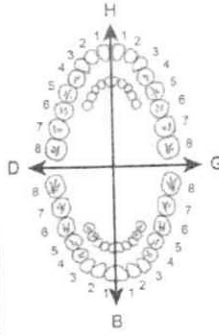
[illegible][illegible][illegible]

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																	
	(Création, remont, adjonction) 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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur
Amina BOUCHEMMAMA

PEDIATRE

Spécialiste des Enfants et des Nourissons
Diplômée de l'Université Paul Sabatier
de Toulouse

46 Boulevard de Fés - Hay Al Haddaouia 3
Ain Chock - Casablanca
Tél. : 05.22.52.05.37



الدركتورة أمينة بوشامة

إختصاصية في طب الأطفال والرضع

خريجة جامعة بول ساباتييه بتولوز

46 شارع فاس. حي الحداوية 3
عين الشق. الدار البيضاء
الهاتف : 05.22.52.05.37

01 NOV 2019

Dr Amina Bouchemama

390,00

VARUNA

ANUS 54

SENHADIA Fadwa
Pharmacie du Metro
38, Av. Wahda Al Ifriquia
Tél : 022 29 10 13

Dr Amina Bouchemama
Pédiatre
Tél: 0522 52 05 37
GSM: 0661 42 34 92

Informations au patient concernant

VARIVAX®

Vaccin à virus vivant contre la varicelle Formulation stable réfrigérée

La présente notice est un résumé des informations relatives à VARIVAX®. Veuillez lire cette notice avant de vous faire vacciner ou de faire vacciner votre enfant. Si vous avez toutes autres questions à propos du vaccin après avoir lu cette notice, veuillez-vous adresser à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci n'est qu'un résumé et ne remplace aucunement une discussion avec votre médecin ou votre pharmacien au sujet de VARIVAX. Seul votre médecin peut décider si VARIVAX vous convient ou convient à votre enfant.

Qu'est-ce qu'est VARIVAX et comment agit-il

VARIVAX est également connu sous le nom de vaccin à virus vivant contre la varicelle. Il s'agit d'un vaccin à virus vivant administré sous forme d'injection. Il contribue à prévenir la varicelle.

VARIVAX contient une forme affaiblie du virus de la varicelle.

VARIVAX agit en aidant le système immunitaire à vous protéger ou protéger votre enfant contre la varicelle.

VARIVAX peut ne pas protéger tous ceux qui le reçoivent.

VARIVAX ne traite pas la varicelle une fois que vous ou votre enfant l'aurez contractée.

Que faut-il savoir sur la varicelle?

La varicelle est une maladie qui survient le plus souvent chez les enfants âgés de 5 à 9 ans. Elle peut être transmise aux autres personnes. La maladie peut entraîner des maux de tête, de la fièvre et un malaise général. Ces symptômes sont suivis d'une éruption irritante, qui peut se transformer en lésions bulleuses. La complication la plus fréquente

• avez eu une réaction au vaccin.

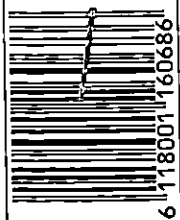
• êtes enceinte ou prévoyez un cours des trois mois suivant l'allaitement.

Comment VARIVAX est-il administré

VARIVAX est administré sous forme d'injection intramusculaire.

Merck Sharp & Dohme BV
Waardenweg 39, P.O. 581
2031 BN, 2003 PC Haarlem
Pays-Bas / هولندا

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unitaire de 0,5 ml
ZEV: 330, 00 DH
ANM 280714 DM/721/70/P
Distribué par MSD Maroc



70032289/00-3
4979

dose doit être administrée au moins 3 semaines avant la date de la vaccination. Cette dose officielle est nécessaire.

une dose supplémentaire est recommandée pour votre enfant.

de l'aspirine pendant la vaccination.

possible, d'autres personnes.

le vaccin. Essayez d'éviter tout contact avec certaines personnes jusqu'à six semaines après la vaccination. Ceci en raison de la sévérité de la maladie pour les groupes de personnes.

• les personnes ayant une immunité affaiblie.
• les femmes enceintes ou infectées par la varicelle.
• les personnes qui ne peuvent pas recevoir le vaccin.