

# 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.

N° W19-433236

59414

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 12884 Société : RATI

Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : LABRIN SOFIAN

Date de naissance : 02-01-1991

Adresse :

Tél. : 9216 Total des frais engagés : -614,00- Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr NEJJARI Noureddine  
Professeur de Pédiatrie  
51 Bd Abdelmoumen - Casablanca  
Tel: 0522 29 23 80 - Fax: 0522 23 25 81

Date de consultation :

26/12/2020 Nom et prénom du malade : LABRIN SOFIAN Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

12 FEV. 2021

Le : 26/12/2020

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-433236

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

### 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
26/12/20	5	€ 200		INP : [REDACTED]

*NEJAPI Nouvelle  
Société de Pédiatre  
Casablanca*

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Abdeslam 31032380 31032380 31032380 31032380</i>	26/12/20	364

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [REDACTED]
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [REDACTED]
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [REDACTED]
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [REDACTED]
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	<b>MONTANTS DES SOINS</b> [REDACTED]
				<b>DATE DU DEVIS</b> [REDACTED]
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [REDACTED]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
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**

Pédiatrie  
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Consultations sur Rendez-vous



طب الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب  
بالدار البيضاء

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 26.12.20 الدار البيضاء، في

LABRIM Sophia

364, 101 UARIMA

Dr. NEJJARI Noureddine  
Professeur de Pédiatrie  
314, Bd Abdelmoumen, Casablanca  
Tél : 05.22.23.23.80 - Fax : 05.22.23.23.81

Dr. NEJJARI Noureddine  
Professeur de Pédiatrie  
314, Bd Abdelmoumen, Casablanca  
Tél : 05.22.23.23.80 - Fax : 05.22.23.23.81

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, uree, chlorure de sodium, L-glutamate monosodique, phosphate disodique, phosphate monopotassique et chlorure de potassium.

Yezin تخت الجلد قطع لا يخزن الأدوية المسوسة أو في الماء.

أقرا التعليمات بعناية قبل الاستخدام يحتوي كل 0,5 ml من اللقاح على المحتوى التالي على

لحد الأدنى 1350 UFP (الحد المطلوب للوحظ)

من فروس اللحاق (سلالة أوكا / ميرك).

\* انتجت على خلايا بشرية ثقنية (MRC-5).

**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.

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/ يتم إصدار التشغيلية من قبل

Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39, P.O. 581

2031BN, 2003 PC Haarlem

Pays-Bas / هولندا

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

**VARIVAX®**

**Farivarix®**

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.

فiroس داء الحدائق حي موطن سلالة أوكا / ميرك  
فأرورز ذات جرعة واحدة 0.5 ml من سحري اللقاح  
وأفارور ذات جرعة واحدة 0.7 ml من مخفف لإعادة التشكيل

**VARIVAX®**  
poudre et solvant pour suspension injectable,  
flacon unidose (0,5 ml après reconstitution) Boîte unitaire  
P.P.V: 364.00 DH  
N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF  
Distribué par MSD Maroc

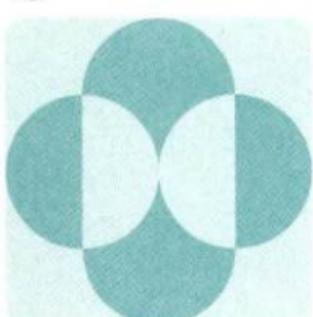


6 118001 160686

صيغة مبردة مستقرة

Respecter les doses prescrites  
احترم الجرعة الموصى بها  
Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط ببروجر وصفة طبية - قلقنة



يحفظ في درجة حرارة بين 2 و 8 درجة مئوية بعيدا عن الضوء.  
يحفظ على الثلاجة، يتم استخدامه في 30 دقائق بعد إعادة تشكيله.  
لا يبعد اللقاح بعد إعادة تشكيله.  
يرجع إفراط الشرارة الذاذية للحصول على تمهيلات ملائمة حول الاستخدام.