

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 ALP :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° M20- 0006771

149832

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12731 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUKASSE HOUSSAM

Date de naissance : 29-04-1991

Adresse : ALMAZ-AMBAR3-IMMEUBLE A- APPT 21

CASABLANCA

Tél. : 0661846053 Total des frais engagés : 250 + 364 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/2/2023

Nom et prénom du malade : MOUKASSE Sofien Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Naccm

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 FEV. 2023

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 : Le : / /

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
16/12/2023		2500	092006048	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

16/12/2023 364,00

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

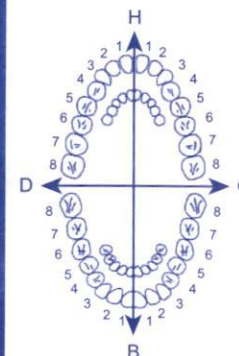
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتور أمال ضمير

Pédiatre
Spécialiste des maladies des Enfants
Nourrissons, Nouveaux-nés
Allergologue
asthme et allergie des enfants

اختصاصية في أمراض
الرضع والأطفال
اختصاصية في حساسية الأطفال
وأعراض الربو الضيقة

Casablanca Le : 16/2/2023 : الدار البيضاء في

MOUKASS

SOFIA

364 / Vanivan



ARMACIE AL IMAM KYLE
Dr. MEDDAH Mourad
Lot. 28, Rue 28, N° 497
Casablanca
Tél: 05 22 21 33 13
GSM: 06 61 08 55 05

ARMACIE AL IMAM KYLE
Dr. MEDDAH Mourad
Lot. 28, Rue 28, N° 497
Casablanca
Tél: 05 22 21 33 13
GSM: 06 61 08 55 05

شارع أبو بكر القادري تجزئة الحديوي الرقم 497 - سيدي معروف - الدار البيضاء

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddioui N° 497, Sidi Maarouf - Casablanca

البريد الإلكتروني : damiramal25@hotmail.com - الهاتف : 06 61 09 74 40 - GSM : 05 22 87 33 40 - Tél. :

EXP 30-06-2023

Lot 030474

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* المعد تشكيله على
أحد الأثنى 1350 PFU (وحدات تشكيل للوحات)
من فيروس الحصق (سلالة أوكا / ميرك)
* أنتجت على خلايا بشرية ثنائية (MRC-5)

المواد: 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 ميرك مستقرة

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

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

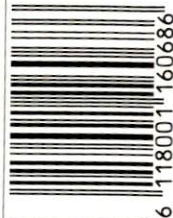
Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار الترخيص من قبل

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

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Roite d'un flacon unidose de 0,5 ml
PPV: 364.00 DH
AMM N°: 789/160MP/21/NSF
Distribué par MSD Maroc



70071295/00-1
4979

10

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.

يخفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحصق 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



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 الحصق 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.

يخفظ 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 تخلص منه

لا يجمد اللقاح بعد إعادة تشكيله
يرجاء قراءة النشرة الداخلية للحصول على
تعليمات مفصلة حول الاستخدام