

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



Déclaration de Maladie

N° W21-788454

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **12884** Société : **RAN**

Matricule : **12884** Société : **RAN**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **LABRIN SOFIAN**

Date de naissance : **16/07/1987**

Adresse : **168718**

Tél. : **0522499216** Total des frais engagés : **7614,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. NEJARI Naouedine**
Professeur de Pédiatrie
314 Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 23 23 81 E: 0522 23 23 81

Date de consultation : **08/07/2023**

Nom et prénom du malade : **LABRIN SOPHIA** Age: **36**

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

Nature de la maladie : **Affection**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **MUPRAS**

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 : **08/07/2023**

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

08			250	 Dr. NEJARI Nadjoua Professeur de 1450 Abdelmoumen 160527 23 24 57 05:23 23 8
07				
23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



08
07
23

364 /

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

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 :

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

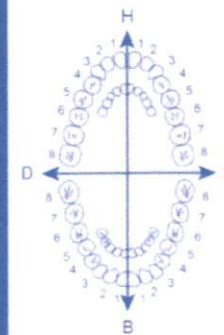
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

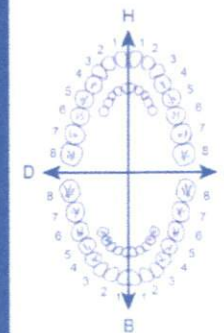
H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D	00000000	G	00000000
35533411	11433553		
B			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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

Professeur NEJJARI Nouredine

الأستاذ نجاري نور الدين

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 08/7/23 في الدار البيضاء،

LABRIM SOPHIA

364, /

1^{er} UAR'UAR.



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

314, Bd Abdelmoumen, Résidence Beniznassen II (à côté de Antouki) 1^{er} étage, n°2, Casablanca

Tél : 05.22.23.23.80 - Fax : 05.22.23.23.81 - E-mail : nournejjari@yahoo.fr

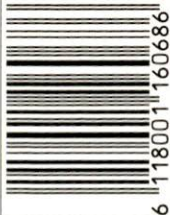
**Titulaire de l'AMM et fabricant/
صاحب رخصة التسويق والمصنع**
Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Summeytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
Etats-Unis-متحدة الأمريكية/الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

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

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Bouteille 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

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

VARIVAX®

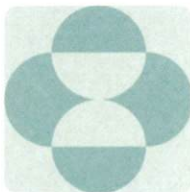
**(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])**

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 الأطفال

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.**

**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.**

يُحفظ 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

EXP 30-09-2023

Lot 0030476

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.

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

اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام

يحتوي كل 0,5 مل من اللقاح* المعد تشكيله على
الحد الأدنى 1350 PFU (وحدات تشكيل للوحات)
من فيروس الحماق (سلالة أوكا / ميرك).

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

المواد: السكر، الجيلاتين المهدرج، اليوريا، هوربا،
كلوريد الصوديوم، L-غلوتامات المونوسودي (L)،
فوسفات ثنائي الصوديوم، فوسفات أحادي البوتاسيوم،
كلوريد البوتاسيوم.

**Respecter les doses prescrites
الاحرصوا على الجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance – Liste I

يصرف فقط بوجود وصفة طبية – قائمة I

صيغة مبردة مستقرة