

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-622614

78810

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12306 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL MIRABET FOUAN

Date de naissance : 04-12-1983

Adresse : VILLA 117 - CASAGREEN TOWN - BOUSKOURA

Tél. : 06 61 06 88 81 Total des frais engagés : 614,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NEJJARI Noureddine
Professeur de Pédiatrie
314 Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 23 23 00

Date de consultation : 13/09/2023

Nom et prénom du malade : EL MIRABET ALYA Age :

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

Nature de la maladie : vaccination

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 13/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
13 02 23	Σ	(7)	250	INP: 09115248

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
N	13 02 23	364

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

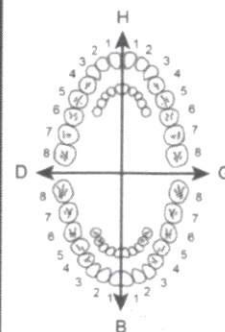
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

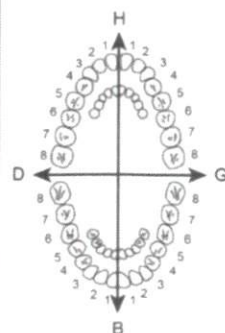
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

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

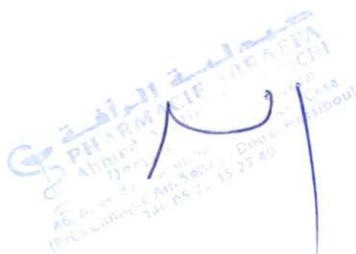


طب الأطفال
أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء
الزيارة بالموعد

Casablanca, le 13/9/23 في الدار البيضاء،

EL MRABET ALIA

364, - Pl RABIRAX ^



Dr. NEJJARI Nouredine
Professeur de Pédiatrie
314 Bd Abdelmoumen, Casablanca
Tél : 05.22.23.23.80 - Fax : 05.22.23.23.81 - E-mail : nournejjari@yahoo.fr

٢٠٢٠-٢٠٢٠

٩٩٠٣٢٠٨

١٠٧

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 لتشكيل على الحد الأدنى 1350 PFU (وحدات تشكيل اللوحات) من فيروس الحماق (سلالة أوكا / ميرك).

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

المواد: السكروز، الجيلاتين الهيدروليزي، البوربا، كلور الصوديوم، ل-غلوتامات 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 مبردة مستقرة

6

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,

الولايات المتحدة الأمريكية/ Etats-Unis

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
Route d'un flacon unidosse de 0,5 ml
P2V: 364.00.0H
AMM N°: 789/16DMP/21.NSF
Distribué par MSD Maroc



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

VARIVAX®

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

Un flacon unidosse de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon unidosse 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

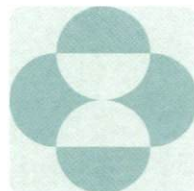
يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

فاوروة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح

وفاوروة ذات جرعة واحدة 0,7 مل مخفف لإعادة التشكيل



MSD

VARIVAX®

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

Un flacon unidosse de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon unidosse 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

فاوروة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح وفاوروة ذات جرعة واحدة 0,7 مل 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 بعيداً عن الضوء.

حفظاً على الفعالية، يتم استخدام

اللقاح في 30 دقائق بعد إعادة تشكيله.

خلال ذلك نخضع منه

لا يبعد اللقاح بعد إعادة تشكيله

يرجاء قراءة النشرة الداخلية للحصول على

تعليمات مفصلة حول الاستخدام

70071295/00-1
4979