

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.

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° W21-798921

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13153 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KHAYAB Rachid
 Date de naissance : 24/03/1990
 Adresse : AV 2 Mars, Takt Bouchaïd
 Tél. : 0661752888 Total des frais engagés : 664,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/09/23
 Nom et prénom du malade : EL KHAYAB Ghita 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 : 15/09/23
 Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/9/23	G	1	300 DM	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE AL-MH Hay Mohammadi N° 45 Rue V. Casablanca Tél : 05 22 22 22	19-9-23	364121

[illegible]

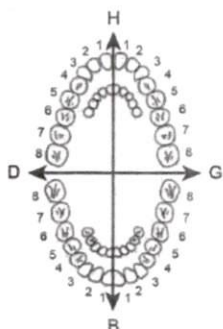
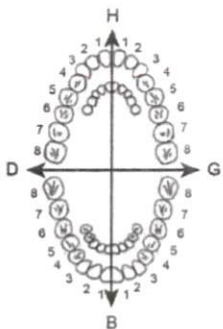
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : <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			
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

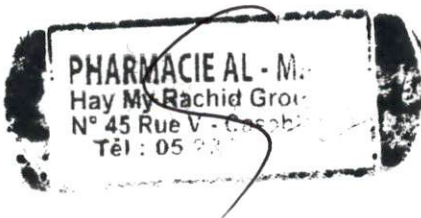
A / Le 15/09/23



Ghita EL RHAYAB

VARIVAX

3640



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

VARIVAX®

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

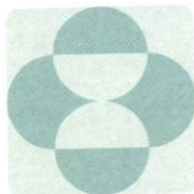
Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour
reconstitution.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

فَارِيفَاكْس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

قارورة ذات جرعة واحدة (0,5 مل من مسحوق اللقاح
وقارورة ذات جرعة واحدة 0,7 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.**

يحفظ في درجة حرارة بين 2 و 8
درجة مئوية بعيدا عن الضوء.

حفظا على الفعالية، يتم استخدام
اللقاح في 30 دقائق بعد إعادة تشكيله.
خلاف لذلك تخلص منه

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

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 (IMRC-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 تشكيلا على
الحد الأدنى (P.F.U 1350 (وحدة تشكيل للورقات)
من فيروس الحماق (سلالة أوكا / ميرك).
* أنتجت على خلايا بشرية ثنائية الصيغة (MRC-5)

المواد: السكر، الجيلاتين الهيدروليزي، الفوريا ،
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

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

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

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم اصدار التشغيل من قبل

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

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
P.P.V. 364.00 Dh
AMM N° 788/JAMP/21/NSF
Distribué par MSD Maroc

