

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W21-798921

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : A3A 53

Société : RAJ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL Khayat Rachid

A83517

Date de naissance :

24/03/1990

Adresse :

AV 27 Nans, Tamik Bnei 2/and

Tél. :

0661752888

Total des frais engagés :

661,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/9/23

Nom et prénom du malade :

EL KHAYAT Ghita

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

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) :



El Khayat Rachid

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>HARMACIE AL - MAHDI Hay M. Rachid Group N° 45 Rue V - Casablanca Tél : 05 22 11 11 11</p>	13-9-23	364.000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE 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"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ G & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$				
[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"/>	

ORDONNANCE

A /Le 15/09/23



Ghita EC RHAGAB

~~MARIWA~~

~~3640~~

AS

AS



7

EX#

21-07-2024

Lot#

W023066

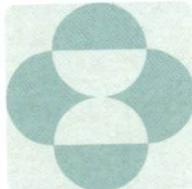
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

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 بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موطن سلالة أوكا / ميرك
فقارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
وقارورة ذات جرعة واحدة 0.7 مل من مخفف لإعادة التشكيل**MSD**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.**يحفظ في درجة حرارة بين 2 و 8
درجة مئوية بعيداً عن الماء.احفظ على الغطاء، يتم استخدام
اللقاح في 30 دقيقة بعد إعادة تشكيله.
خلاف ذلك تخصل منه.لا يجمد اللقاح بعد إعادة تشكيله
يرجاء قراءة الشارة الدليلية المحصل على
معلومات 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 formatives 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 تحث الجلد
لا يحقن داخل الأوعية毛细血管 أو في العضلة

أقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام

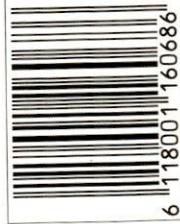
يحتوي كل 0.5 مل من اللقاح "المعد تشكيله على
الحد الأدنى 1350 UFP (حداد تشكيل الرحمات)"

من فيروس الحصبة [سلالة أوكا / ميرك].

* اتُّبِعَتْ على حذاب تشربة ثانية المصمة (MRC-5)

السواغات: السكرور، الجيلاتين الهيدروجيني، البيروكسي ،
كاربوموسينول، (الفلوراميد المونوسودي (L)) ،
فوسفات ثلاثي الصوديوم ، فوسفات الحادي البوتاسيوم ،
كلور البوتاسيوم.**Respecter les doses prescrites****احترم дозы, назначенные врачом****Uniquement sur ordonnance – Liste I****تصرف فقط بوجه وصفة طبية – قائمة 1****صيغة مبردة مستقرة****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 التشفيرية قبل

Merck Sharp & Dohme BV
Waarderweg 39, P.O. 581
2031 BL, 2003 PC Haarlem
 Pays-Bas/ هولندا/VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
P.P.V.: 364,00 DH
AMM N°: 789/OMP/21/NF
Bientôt par MSD Maroc

70071295/00-1

4979