

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



Déclaration de Maladie

N° W19-433935

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **23893**

Matricule : **18563** Société : **DDA / RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **IFRIQUINE ISMAIL**

Date de naissance : **28/02/1987**

Adresse :

Tél : **0661078501** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. M. GUZZANI TOUHAMI**
Professeur Agrégé Pédiatre
21, Rue Hafid Ibrahim - Casa
Tél : 0522 20 36 38

Date de consultation : **01-02-2020**

Nom et prénom du malade : **IFRIQUINE ZAYNA** Age :

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

Nature de la maladie : **Maladie**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **63 MARS 2020**

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 : **Casa** Le : **4/3/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/02/2020	393,02

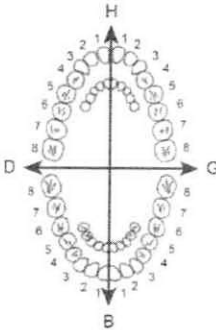
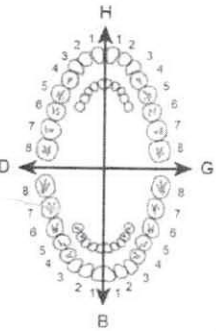
[illegible][illegible]

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Makine OUAZZANI Touhami

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Spécialiste des Maladies
des Enfants et Nourrissons

21, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand)
(Face Commissariat Central) - Casablanca

Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

Fax : 0522.29.89.49

E-mail. : makine_ouazzani@hotmail.com

Sur Rendez-vous
(Cabinet fermé Jeudi après midi)

الدكتور مكين الوزاني تهامي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع
21، رنقة حافظ إبراهيم (شاطوبريان سابقا)

كوتي - (مقابل مركز الشرطة الرئيسي)

الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

الفاكس : 0522.29.89.49

البريد الإلكتروني: makine_ouazzani@hotmail.com

بالموعد

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

Casablanca, le 01.02.2020 في الدار البيضاء

Pharmacie KHEOPS
AZIZA EL KHOU
Docteur en Pharmacie
Cosmétique - Dermatologie
Omnipraticien

IFRIQUINE

ZAYNA

VACCIN

390,00

- VARIVAX

3,00 + SERINGUE

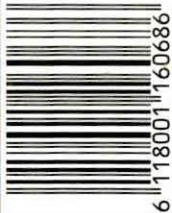
393,00

Dr. M. OUAZZANI TOUHAMi
Professeur Agrégé Pédiatre
21, Rue Hafid Ibrahim - Casa
Tél: 0522 20 12 94 / 0522 20 36 38

**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,
Etats-Unis/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
Pays-Bas/هولندا

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Bouteille d'un flacon unidose de 0,5 ml
P.P.V. - 390,00 DH
AMM 280/14 DMP/21/NNP
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 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 الحمى حي مو هن سلالة أوكا / ميرك
قارورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
وقارورة ذات جرعة واحدة 0,7 من مخفف لإعادة التشكيل

LYNIE



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.

حفاظاً 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 للحصول 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 (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
الحد الأدنى 1350 PFU (وحدات تشكيل للوحات)
من فيروس الحمى (سلالة أوكا / ميرك).
* أنتجت على خلايا بشرية ثنائية السبعة (MRC-5)

المواد: السكروز، الجيلاتين الهيدروليزي، اليوريا،
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

يصرّف فقط بوجود وصفة طبية - قائمة I

صيغة مبردة مستقرة