

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-729115

196344

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 136 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL RHOULI YASSET

Date de naissance : 19/05/1992

Adresse : 39, villa d'Anfa 3, Dar Bouazza, CASA

Tél. : 06 15 10 93 68 Total des frais engagés : 891 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hicham KADMIRI
PÉDIATRE
Tél. : 07 08 08 69 44

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/02/2024

Nom et prénom du malade : Ahmed El Rhoul

Age : 18 ans

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 : CASA

Le : 22/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
22/02/24	1 CS	#2500A	INPE: 091283879	Jr. Hicham KADMI PÉDIATRE Tél.: 07 08 08 69 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HAMDOLILLAH Dr. SAADI Hafida Lot, Anssari N°13 Dar Bouazza - Casablanca Tél: 0522.29.09.46 / WHATSSAP : 06.00.73.33.76 ICE: 001033220000066 INPE: 092067214	22/02/24	647,00

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	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	(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

VOILET ADHERENT

Dr Hicham KADMIRI

- Pédiatrie
- Néonatalogie
- Urgences



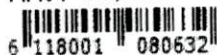
الدكتور هشام القدميري

- طب الأطفال و الرضع
- وحديثي الولادة
- مستعجلات

Casablanca le 22/02/2024

El Rhouli Ahmed

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Pentaxim inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 277,00 DH



277w

① Pembax



PHARMACIE EL HANOUILLAH
Dr. ZAHEDI Hafida
Lot. Ansari 123 Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 0522 29 09 46 / WHATSSAP : 06.00.73.33.76
ICE: 001033220000066
INPE: 092067214

② Vorivox



364w

T2 641w

Dr. Hicham KADMIRI
PÉDIATRE
INPE: 091283879

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.

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. خلال تلك تخلص منه

لا بعد اللقاح بعد إعادة تشكيله. يرجى قراءة النشرة الداخلية للحصول على تعليمات مفصلة حول الاستخدام

٧٢٠٢-٦٠-٦٤

XP3

٢٢٨٢٥٠٨

Lot

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.

يُحفظ تحت الجلد فقط
لا يُحقن داخل الأوعية الدموية أو في العضلة

اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام

يحتوي كل 0,5 مل من اللقاح* للعدا تشكيله على
لحد الأدنى 1350 UFP (وحدات تشكيل للوحدات)
من فيروس الحماق (سلالة أوكا / ميرك).
* تُنتج على خلايا بشرية ثنائية الصبغة (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
إتبعوا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste I
يصرف فقط بوجود وصفة طبية - قائمة I

صيغة مبردة مستمرة

11

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,
الولايات المتحدة الأمريكية/ Etats-Unis

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
Superfrozen highly stable
Bottle of 1 flacon unidose de 0,5 ml
PPV: 364.00 DH
AMM N°: 789/160M/21/NSF
Distribué par MSD Maroc



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

VARIVAX[®]

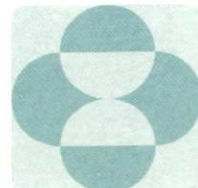
(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])

Un flacon 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 - قارورة ذات جرعة واحدة 0,7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

70071295/00-1
4979