

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

UPRAS 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° P19- 0015735

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12950 Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boulkrou Hassau Date de naissance : 01/07 1985

Adresse : 187 Bd Abdelmoumen, résidence Medili Rue C, Apt 18

Tél. : 0661594130 Total des frais engagés : 851,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr SOALLI Mohamed
Professeur de Pédiatrie
11 Place Charles Nicolle - Casablanca
Tel.: 05 22 26 07 20 - 06 61 14 98 84*

11 OCT. 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Boulkrou Hassau Age : 21 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

24 OCT. 2019

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 : Accident siège/Ram Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
11-OCT-2019	09		250,00	<i>Dr. BLODALLI Mohamed Médecin de la Famille Place Charles Nicolle - Casablanca Tél: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricleur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie HEDYA TAK-TAR 19, Place Charles Nicolle CASABLANCA Tél: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41</i>	11.10.2018	401,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

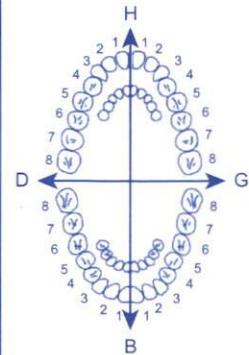
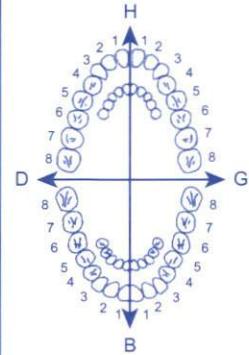
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI
Professeur de Pédiatrie

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique
et de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatrique

Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant

Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie
et d'Allergologie

الدكتور محمد صقلی حسبي
أستاذ جامعي في طب الأطفال
رئيس سابق لمصلحة إنعاش الأطفال
والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد
إخلاصي في أمراض الأطفال والرضيع
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية
تشخيص وعلاج مرض الضيق عند الأطفال
عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز
التنفسى والحساسية

Casablanca, le الدار البيضاء. في

11.10.2019

Enfant BENKIRANE Zineb

Age : 2 ans 2 mois

390,50

1 VACCIN VARIVAX (SHARP MERCK)

M. 10

2 DOLIPRANE SUPPOSITOIRES 200 (ORANGE)

1 suppositoire, 2 fois / jour, pendant 2 jours



Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK-TAK
19, Place Charles Nicolle
CASABLANCA
Tél : 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

Dr. SQALLI Mohamed
Professeur de Pédiatrie
21, Place Charles Nicolle
Tél. 0522/26.07.20 / 26.90.07

Résidence Pasteur : 21, Place Charles Nicolle (Face Institut Pasteur) 1er étage - N°3 - Casablanca

Tél. : 05 22 26 07 20 - 05 22 26 90 07 - Fax : 05 22 29 78 67 - GSM : 06 61 14 98 84 - E-mail : azhoum@yahoo.fr

PPV 12DH80
PER 05/21
LOT H1223

12,80

100 mg
150 mg
200 mg
300 mg

COMPOSITION, QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Pour un suppositoire

Doliprane 100mg : paracétamol	100 mg
Doliprane 150mg : paracétamol	150 mg
Doliprane 200mg : paracétamol	200 mg
Doliprane 300mg : paracétamol	300 mg

Excipients : glycérides hémi-synthétiques solides

FORME PHARMACEUTIQUE

Doliprane 100 mg suppositoire sécable	Boîte de 10 suppositoires
Doliprane 150 mg suppositoire	Boîte de 10 suppositoires
Doliprane 200 mg suppositoire	Boîte de 10 suppositoires
Doliprane 300 mg suppositoire	Boîte de 10 suppositoires

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE – ANTIPIRÉTIQUE

(N : Système nerveux central)

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Allergie connue au paracétamol
- Maladie grave du foie
- Inflammation récente anale ou rectale ou saignement récent du rectum
- En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDE SPECIALES

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre « posologie »)

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de doute ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signaler la prise de Doliprane à votre médecin en cas de prescription de dosage de l'acide urique sanguin ou de la glycémie.

09-11-2020

EXP

Lot R032413

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.

حقن تحت الجلد فقط
لا يحقن داخل الأوعية الدموية أو في العضلة

- ٤) اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام
- ٥) يحتوي كل ٠,٥ مل من اللقاح **المعد شيكليه على**
الحد الأدنى 1350 PFU وحدات تشكيل اللوحة (MRC-5) **من فيروس الحماض (سلالة أوكا / ميرك).**
- ٦) انتجه على خلايا نشرية متناثرة المصعنة (MRC-5).

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste

صرف فقط بوجود وصفة طبية - قائمة ا

صيغة مبردة مستقرة

Titulaire de l'AMM et fabricant/

صاحب رخصة التسويق والمصنع

Merck Sharp & Dohme Corp.

Meter Sharp & Sonne Corp.
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4

West Point, Pennsylvania 19486

West Point, Pennsylvania, 19168,
Etats-Unis/الولايات المتحدة

Formulation réfrigérée stable

Formulation

لَا يَنْهَا إِلَّا مَا شَاءَ

دار المساعدة من قبل
Merck Sharp & Dohme BV

Merck Sharp & Dohme BV
Waarderweg 39 PO 581

Waardelweg 39, 1.0. 381
2031 BN 2003 PC Haarlem

2004.BN.2003.1
Pays-Bas/هولندا

VARIIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
P.P.V : 390, D0 DH
AMM 280/14 DMP/21/NNP
Distribué par MSD Maroc

6 || 118001 160686

70032289/00-3
4979

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

VARI VAX®

(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 ومرأى الاطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك

فازورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
و فازورة 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 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 بعيدا عن الضوء.

حفظا على الفعالية، يتم استخدام
اللقاح في 30 دقيقة بعد إعادة تشكيله.
خلاف ذلك تخفيض منه

لا يجدر اللقاح بعد إعادة تشكيله
يرجاء قراءة النشرة الداخلية للحصول على
معلومات مفصلة حول الاستخدام



VARI VAX®

(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

فازورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح و فازورة ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعادة التشكيل