

## 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

- 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° W19-433929

ND: 32152

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12569 Société : RAM / DDA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : IRIQUINE ISMAIL

Date de naissance : 28/12/1987

Adresse :

Tél. : 0861078501

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 JUN 2020

Nom et prénom du malade : IRIQUINE ISMAIL

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.

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/12/20	393,15

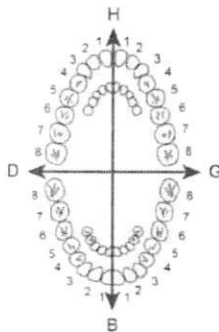
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

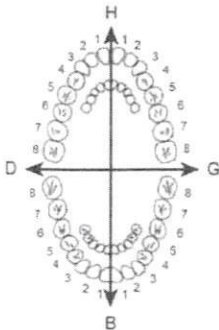
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>0000000 0000000</p> <p>D ————— G</p> <p>0000000 0000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction)	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		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



**Dr. Makine OUAZZANI Touhami**

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Spécialiste des Maladies  
des Enfants et Nourissons

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 والرضع  
21، زقة 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 30.5.2020 في الدار البيضاء

Ifupina Toyne

390.00

Vahivax

31K

+ Mungu Rec

393.15

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



EXP 20-06-2021

LOT 5018873

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 يحق داخل الأوعية الدموية أو في العضلة

اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام

يحتوي كل 0,5 مل من اللقاح\* المعاد تشكيله على

الحد الأدنى 1350 PFU (وحدات تشكيل للوحات)

من فيروس الحصق (سلالة OKA / ميرك).

\* أنتجت على خلايا بشرية ثنائية الصيغة (MRC-5)

المواد: السكروز، الجيلاتين الهيدروليزي، البوريا،

كلور الصوديوم، ل-غلوتامات المونوسودي (L)،

فوسفات ثنائي الصوديوم، فوسفات الحادي 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

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 بعيداً عن الضوء.

حفظاً على الفعالية، يتم استخدام

اللقاح في 30 دقائق بعد إعادة تشكيله.

خلاف ذلك تخلص منه

لا يجمد اللقاح بعد إعادة تشكيله

يرجاء قراءة النشرة الداخلية للحصول على

تعليمات مفصلة حول الاستخدام

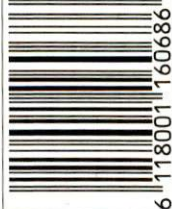


Titulaire de l'AMM et fabricant/  
صاحب رخصة التسويق والمصنع  
Merck Sharp & Dohme Corp.  
770 Summestown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية/  
Formulation réfrigérée stable.

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  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
PPV: 390,00 DH  
ANAM 280/14 DMP/21/NMP  
Distribué par MSD Maroc



70032289/00-3  
4979

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

**VARIVAX®**

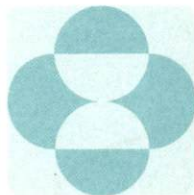
(Virus de la varicelle vivant atténué  
[souche Oka/Merck])

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

**فاريفاكس®**

فيروس داء الحصاك 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 الحصاك 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







# PHARMACIE KHEOPS

9 rue yaala ifrani maarif

R.C :263140

Patente:35710151

T.V.A :

C.N.S.S:2702076

Tél :05 22 94 97 28

Le 03/06/2020

**FACTURE N°675440**

N° ICE : 00196030300063

**<CLIENT DE PASSAGE>**

N° IF : 40718791

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	VARIVAX	390,00	390,00	25,51	7,00
1	SERINGUE INSULINE 50U	3,15	3,15	0,52	20,00
</					