

## 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

- 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° W19-576971

W.H

ND: 43849

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12516

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AOMARI SOFIANE

Date de naissance :

02/07/86

Adresse :

16, Rue abou alhamar les du perle de  
Brienne, quartier de Jemaa Brienne

Tél. :

06 61 26 25 01

Total des frais engagés : 6.14 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05/10/2020

Nom et prénom du malade :

AOMARI SOFIANE

Age :

21 m

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vaccin

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/10/2020



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05		(D)	200	INP : <i>DRINE JARIN 11/11/2012</i> Médecin : <i>Maloumne 0322 23 23 23</i>
10		(S)	11	
20				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA CITE</i>	05 A 20	364

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

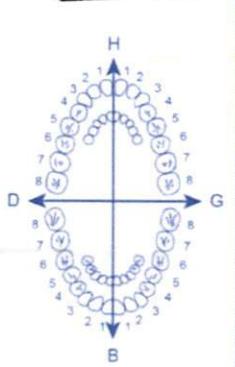
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <p><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b></p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DEBUT D'EXECUTION
	FIN D'EXECUTION
	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Professeur NEJJARI Noureddine

الأستاذ نجاري نور الدين

Pédiatrie  
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Consultations sur Rendez-vous



طب الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب  
بالدار البيضاء

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 05/10/20... الدار البيضاء، في

NEJJARI SARA



364, - ٥ | NEJJARI SARA

Dr. NEJJARI Noureddine  
Professeur de Pédiatrie  
314 Bd Abdelmoumen, Résidence Benznassen II (à côté de Antouki), 1<sup>er</sup> étage, n°2, Casablanca  
Tél : 05.22.23.23.80 - Fax : 05.22.23.23.81

314, Bd Abdelmoumen, Résidence Benznassen II (à côté de Antouki), 1<sup>er</sup> étage, n°2, Casablanca  
Tél : 05.22.23.23.80 - Fax : 05.22.23.23.81 - E-mail : nournejjari@yahoo.fr

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 اصدار التشغيلية من قبل

Merck Sharp & Dohme BV  
Waarderweg 39, P.O. 581  
2031 BN, 2003 PC Haarlem  
Pays-Bas/هولندا

VARIVAX®  
poudre et solvant pour suspension injectable,  
flacon unidose (0.5 ml après reconstitution) Boîte unitaire  
P.P.V: 364.00 DH  
N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF  
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160686

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

# VARIVAX®

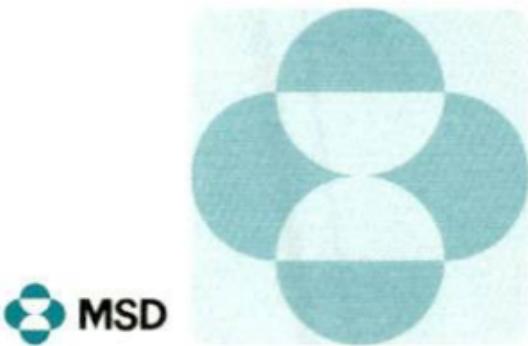
(Virus de la varicelle vivant atténué  
[souche Oka/Merck])

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 الحصبة حي موهن سلالة أوكا / ميرك  
فإرورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح  
وقارب ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعادة التشكيل



# 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 الحصبة حي موهن سلالة أوكا / ميرك  
فإرورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح وقارب ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعادة التشكيل